

# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

*10.5*  
*4508*  
*P3*  
**Diretor:** DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

**Secretário:** ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020  
Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

**Assinatura:** por 1 ano Cr\$ 50,00 — Numero avulso Cr\$ 5,00

**OL. L**

**Novembro de 1945**

**N. 5**

## Sumário:

	Pág.
<b>Tratamento da osteomielite aguda hematogênica (conclusão). — Prof. MÁRIO DE ABREU.....</b>	<b>409</b>
<b>Produção médica de São Paulo:</b>	
Associação Paulista de Medicina:	
Higiene e Medicina Tropical.....	449
Neuropsiquiatria.....	451
Dermatologia e Sifilografia.....	455
Pediatria.....	459
Oto-rino-laringologia e Cirurgia Plástica.....	469
Medicina.....	471
Medicina Militar.....	482
Tisiologia.....	486
Radiologia e Eletricidade Médica.....	492
Urologia.....	500
Obstetrícia e Ginecologia.....	502
Sociedade Brasileira de Ort. e Traumatologia.....	506
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia.....	507
Sociedade Médica São Lucas.....	507
Sociedade de Oftalmologia.....	509
Sociedade do Serviço do Prof. Cel. Bourroul.....	509
Outras sociedades.....	510
<b>Vida Médica de São Paulo:</b>	
Departamento de Profilaxia da Lepra.....	511
Associação Paulista de Combate ao Cancer.....	512
<b>Imprensa Médica de São Paulo:</b>	
Sumário dos últimos números.....	514
<b>Literatura Médica:</b>	
Livros recebidos.....	517

# Triod Zambelletti

*Preparado organico tri-iodo-azotado*

Máxima eficiencia curativa - Destacado neurotropismo - Ausencia de retenção - Perfeita tolerancia local e geral.

**INDICAÇÃO:** Artritis - Artrite deformante - Localizações microbianas e tuberculares - Adenopatias - Afecções paraléticas - Intoxicações exogenas e endogenas tambem dos centros nervosos - Arterioesclerose - Pollisarcia - Anexites.

Injeções Intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e de 5cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50

**LAB. ZAMBELETTI LTDA. - CAIXA, 2069  
SÃO PAULO**

Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica

## GENCITROPINA LABOTHERPE

*Formula:*

CADA DRAGEA CONTEM:	ADULTOS	INFANTIL
Violeta de genciana . . .	0,06 g	0,02 g
Arrenal . . . . .	0,03 g	0,01 g
Sulfato de atropina . . .	0,00024 g	0,00008 g
Excipiente q.s. para 1 dragea	<i>gastro-refrataria</i>	

INDICAÇÕES: Giardia intestinalis, Infestação por Enterobius vermiculares, Estrongiloides, Estercolaris e por Heminolepis.

**LABORATÓRIO BRASILEIRO DE THERAPEUTICA LTDA.  
CAIXA POSTAL, 3018 - RUA S. JOAQUIM, 381 - TEL. 7-2955 - S. PAULO**

ti.

ia de

ções  
ara-  
dos  
tes.





# Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 5,00

Vol. L

Novembro de 1945

N. 5

## Tratamento da osteomielite aguda hematogênica \*

*Prof. Mario de Abreu*

*Catedrático de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Paraná*

(Continuação)

*Ressecções diafisárias.* — Na sequência das intervenções cirúrgicas, têm sido praticadas no tratamento local ressecções diafisárias. Uma publicação de Leveuf (1926) sobre as ressecções diafisárias como método de tratamento em certas formas de osteomielite aguda, despertou novamente a atenção sobre esta antiga operação e nos anos que se seguiram muitos foram os trabalhos e observações publicados, encarando-a sob seus vários aspectos, indicação, técnica e principalmente resultados posteriores.

Discutido o assunto na Academia de Cirurgia de Paris, a sua divulgação foi muito ampla, maximé nos países de origem latina, onde este tipo de intervenção foi mais utilizado nos anos subsequentes. Sob a influência desta diretriz, confeccionaram Ingelrans (1932), na Sociedade Francesa de Ortopedia, e Allen-de (1935), na Associação Argentina de Cirurgia, os seus relatórios, ressaltando sobremaneira a sua técnica e suas indicações. Também, por se tratar de assunto em foco, a Sociedade de Cirurgia de Marselha (1927) e a Sociedade de Cirurgia de Buenos-Aires (1931) discutiram amplamente o tema, com farta colaboração. Como sempre sucede, os debates sobre o histórico desta operação foram muito vivos, principalmente entre os autores franceses.

Segundo Lecène, a primeira ressecção foi praticada por Holmes, em 1866 (Lancet, vol. I, n.º 13, 1866), que reseçou 21 cents., tendo como resultado uma ancilose do joelho e encurtamento de

\* Ver o início deste trabalho em nosso número anterior.

5 cms.; Cheever, de Boston, em 1869 (Boston Medical and Surgical Journal, 25/31, 1869, pág. 132), Duplay em 1875 (Journal Thérapeutique, n.º 20, 1875, pág. 777), seguindo-se outros posteriormente. No entanto, Leveuf (1937) refere anterioridade a Vigarous (1812), em obras de cirurgia prática de Montpellier, dizendo que nos anos seguintes sempre um certo número de casos foram publicados sem se ter impôsto como operação de confiança dos cirurgiões, tanto que Broca poudes escrever em 1914: "Todos os especialistas habituados à cirurgia óssea no menino em particular, conderaram sôbre seus resultados — que eles os tenham obtido ou não por si mesmos — a resecção imediata, em teória tão sedutora" (Traite de Chirurgie Infantile, pág. 307).

Fontaine, Wilensky destacam os trabalhos de Ollier (1858-1867), que realmente, em seu "Traité des Resections", faz extensas e mui judiciosas considerações, donde extraímos este trecho: "E' por causa da estrutura e das relações do tecido medular que a ablação total do osso ou da diáfise dum osso longo é ainda mais seguramente antisética que as outras operações indicadas. Mas não se deve precipitar, mesmo nas crianças, a extirpação dum osso no princípio duma inflamação aguda, por grave que seja a inflamação e fatal que pareça a mortificação consecutiva do osso inflamado. Operando muito cedo, expõe-se a não se obter regeneração óssea ou ao menos não ter uma regeneração completa".

Wilensky refere, no entanto, que "Nichols, of Boston, was the first to make a careful study of its clinical application and bring it before the profession in America, where it has since been perhaps more extensively used than in any other country".

Por resecção é preciso compreender a ablação de toda a espessura do osso, sôbre um comprimento mais ou menos consideravel (Leveuf).

A resecção pôde ser precoce quando é executada antes da formação dos sequestros, havendo interesse, para sua compreensão exata, em denominá-la de secundária quando feita após já terem sido praticadas outras intervenções, mesmo sub-periódicas, trepanação ou esvaziamento ósseo, e de primitiva si a primeira intervenção praticada.

Segundo Leveuf ainda na apreciação dos resultados é indispensavel referir si a resecção é diáfisária ou si simultânea da diáfise e da epífise, pois nem sempre vêm estes elementos detalhados nas observações, e a evolução posterior de cada uma destas é absolutamente diversa.

Nenhuma intervenção executada na osteomielite aguda recebeu opiniões mais contraditórias do que a resecção. No decurso destes anos, observações foram referidas de resultados

inegavelmente muito satisfatórios como terapêutica imediata e de bons resultados posteriores, com esplêndida reconstrução óssea anatômica e funcional. Porém, por outro lado, não faltaram os casos de graves perturbações funcionais, provenientes de grandes encurtamentos, deformações acentuadas e pseudartroses por defeito ou falta de reconstituição óssea. Esta possibilidade deu motivo a exaustivas pesquisas em torno do mecanismo de formação do osso, e Leveuf assim resumiu: "Na osteomielite o perióstio inflamado reconstitui o osso, não porque contém osteoblastos, não porque é forrado de lâminas ósseas aderentes, não porque é transformado em meio colagênico ossificável, mas simplesmente porque é o único capaz de restabelecer a circulação, que trará os materiais necessários à ossificação do osso novo".

Estes fatos nada têm de novo, desde que se conheça a evolução natural de certas formas de osteomielite aguda, porque aí se vê esta refecção óssea como regra comum. Após intensa destruição óssea da porção meta-diafisária infectada e por vezes estendida a quase toda a diáfise, observa-se a reconstrução espontânea mais ou menos rápida, auxiliada pela imobilização, deixando como réliquat dessa verdadeira fusão óssea um sequestro às vezes relativamente de mínimas proporções.

Uma peculiaridade notável em quase todos os autores é a muita prudente indicação do método e sua restrita aplicação, de indicações mais amplas nos ossos de função secundária ou de fácil adaptação funcional. Ela tem sido executada com mais frequência nos ossos de acesso cirúrgico menos traumatizante como a tíbia, restringindo-se mais ainda a sua aplicação nos segmentos de membros de um só osso.

Quase todos os que executaram a intervenção têm os seus resultados felizes, mas são excepcionais as séries globais de bons êxitos, sem estarem intercaladas de graves complicações que no futuro constituem problemas de solução precária, difícil e que prolongam mais ainda o período da doença. Daí a moderação no aconselhar a intervenção, mesmo entre os que a praticaram.

Ingelrans, da ressecção precoce primitiva diz ser um processo cego e reservado somente para certos ossos — perônio, clavícula — ossos curtos da mão e do pé, e mostra prudência para os outros ossos, embora sem grande receio de deficiência da neoformação óssea, assim se expressando: "A ressecção precoce secundária não é constantemente útil, o método é novo, tem tudo a ganhar, em ficando nas mãos dos cirurgiões especializados, que tudo farão em precisar seus melhores modos de aplicação".

No entanto Sorrel (1937) mostra-se entusiasta da ressecção e a executa com indicações mais amplas, considerando que a

resecação imediata pôde salvar a existência dum doente ou evitar a amputação dum membro, e julga a reconstituição óssea a regra. Praticou 38 reseções diafisárias precoces; 7 casos recentes, 4 mortes, 6 não foram mais vistos e os restantes 21 casos deram os seguintes resultados: 16 vezes a reconstituição se fez regular e simplesmente, mas "às vezes muito mínimas intervenções foram úteis para extrair um sequestro ou auxiliar a sua eliminação"; 4 vezes (3 tibia, 1 rádio) tiveram inicialmente pseudartrose, "mas intervenções por enxerto ósteo-perióstico permitiram obter uma boa reconstituição"; 1 pseudartrose do peroneo não operada por desnecessária. Os resultados posteriores nestes doentes indicados por Sorrel são excelentes sob o ponto de vista anatômico de reconstituição do osso, funcional, e de focos osteomielíticos crônicos, que não foram observados.

Também Vorschütz (1939) praticou em 431 casos operados de osteomielite aguda, 65 reseções diafisárias, mais ou menos 15%, e em nenhum caso deixou de haver regeneração óssea. Segundo este autor, as sequências deste tratamento são as seguintes: 1) a causa da doença é extirpada duma só vez e evita a intoxicação do organismo; 2) segue-se uma cura muito rápida, após a intervenção, em 5 a 8 semanas está formado um osso novo; 3) exclúe o perigo da recidiva, geralmente conhecido, e que faz os doentes se submeterem a várias operações para retirada do sequestro. As perturbações de regeneração atribúe a defeitos de técnica.

Clairmont (1939) julga a regeneração extraordinariamente frequente e as eventuais perturbações de prognóstico favorável. Contra-indica nos primeiros dias, e o melhor tempo é a 3.<sup>a</sup> até 5.<sup>a</sup> semana. Os resultados funcionais no membro inferior, segundo sua experiência, são bons; no membro superior há tendência para angulação ou encurvamento, o que constitúe uma séria dificuldade no post-operatório.

Nunca sentimos necessidade de utilizar a resecação, e os conhecimentos posteriores mais nos confirmaram nesta impressão inicial de que os riscos são maiores do que os eventuais benefícios, e quasi sempre, sinão sempre, é desnecessária.

Campbell (1942) escreve textualmente: "Esta medida foi primeiro aconselhada por Nichols (? — muito anterior — Nichols 1904) e foi empregada para a osteomielite de todos os ossos longos. Si indubitavelmente algumas brilhantes e rápidas curas foram efetuadas por resecação dos ossos longos, grandes deformidades margeando desastres, são produzidas muito mais vezes, particularmente si o membro é dependente de um só osso para suporte, como a coxa e o braço; porisso deve então o processo ser limitado, exclusivamente, aos metatarsianos e ossos do tarso, peroneo, ileo e costelas", e acrescenta que as pseudartroses apresentam muita dificuldade em serem reparadas porque a

qualidade do osso não é satisfatória para plástica e ser comum, provocada pela intervenção, a reativação duma infecção latente. Esta é a opinião dominante entre os autores.

*Métodos.* — Assim, nesta revisão geral, vimos variarem os modos de proceder no tratamento local da osteomielite aguda, constituindo os princípios diretores essenciais da terapêutica aplicada ao foco osteomielítico.

Porém as suas aplicações práticas, por diferenças técnicas de procedimento, erigiram-se em metodizações sistemáticas muito variáveis, algumas das quais merecem ser discutidas pela larga difusão da sua utilização.

*Método de Orr.* — O método de Orr, usado inicialmente na osteomielite crônica, foi posteriormente executado pelo proprio autor como tratamento da osteomielite aguda, razão pela qual o descreveremos.

É atualmente um dos métodos mais difundidos, tendo por base a drenagem ampla do foco e repouso absoluto do membro afetado. Utilizou Wimmatt Orr, Nebraska, o seu método de primeira feita no transporte dos feridos de fratura exposta da Europa para os Estados-Unidos na guerra de 1914-1918; ampliou a sua indicação em casos de osteomielite crônica e deu a conhecer, por comunicação oral a Steindler, em 1923, que o executou.

A sua execução técnica consiste em, colocado o doente em mesa ortopédica e fixado em posição apropriada, fazer ampla abertura do foco osteomielítico e esvaziamento ósseo largo, afim de evitar qualquer recesso que possa constituir foco de supuração posterior. Depois de bem aplainada a superfície óssea e partes moles, "sancerisation", drenagem com tamponamento leve de gazes vaselinada, procedendo-se em seguida a uma rigorosa imobilização com aparelho gessado inteiriço e fechado, abrangendo pelo menos as duas articulações vizinhas.

A técnica original de Orr acresce a introdução dum cravo de Steinmann à distância do foco osteomielítico, no início da intervenção, com a finalidade de melhor manter a imobilização, e que é conservado, sendo abrangido pelo aparelho gessado. Este detalhe não é geralmente executado e ainda recentemente Key (1944) esclarece que não coloca este "pin fixation" porque a supuração póde se fazer em redor do cravo e ser algumas vezes causa de difusão da infecção óssea.

Não se faz curativos e deixa-se o gesso impregnar-se de secreção, um inconveniente do método, pelo mau cheiro que desprende, permanecendo pelo menos 4 a 6 semanas, quando então se renova o aparelho. O inconveniente da fetidês do gesso, Orr (1944) diz ser o mesmo que os curativos sujos, e evita-o, segundo sua observação, acolchoando o aparelho com volumoso

curativo estéril afim de evitar a embebição do gesso, na dependência que está a imobilização, em princípio, apoiada sobre o cravo. Julga ainda que o gesso húmido de secreção franqueia de fóra para dentro caminho para contaminação da ferida.

Neste período a observação do doente e seu estado geral, temperatura, pulso, disposição geral e apetite, guiarão o cirurgião e dão indicações sobre a renovação mais ou menos breve do aparelho.

Temos notado, nas osteomielites crônicas, que geralmente a embebição mais rápida do gesso com secreção purulenta, tornando mais intenso o mau cheiro, significa quasi sempre intervenção focal incompleta, portanto maior possibilidade de insucesso.

A imobilidade gessada deve persistir até cura completa da ferida externa, que, ao se renovar o primeiro aparelho, se mostra rósea, exuberante, de brotos carnosos vivos sangrando muito facilmente. Na continuação vão sendo dominados pela cicatrização da pele, que avança lentamente em prazo nunca inferior de 4 a 6 meses.

Aplicado à osteomielite aguda, consiste o método de Orr de dois tempos essenciais: o primeiro, a intervenção cirúrgica, e o segundo a imobilização gessada. A intervenção cirúrgica é procedida de acôrdo com a diretriz clássica da intervenção focal precoce, por larga trepanação, ampla drenagem, conforme muitos autores, desde Lannelongue; a imobilização gessada é o recurso técnico ortopédico para permitir o repouso o mais completo à região doente, sem janelas para não expôr a ferida operatória a reinfecções, não permitindo curativos ou tornando-os raros, apenas por ocasião da mudança do aparelho, observada a maxima asepsia.

Jorge assim enuncia os postulados que regem o método de Orr: 1) drenagem ampla com resecção do osso enfermo de maneira a assegurar a saída de toda a secreção, para que não infecte as regiões vizinhas; 2) curativo aséptico de consideravel extensão com "Vaselin Pack" (em realidade é o método de Lister modificado); 3) imobilização no gesso para evitar os esparmos, durante as primeiras três a seis semanas.

Segundo Campbell, três são os princípios de tratamento de Orr:

1) adequada drenagem. Orr julga que incisões atravez da pele ou sob o perióstéo não são suficientes. Orifícios de trepano na diáfise no ponto de mais severa infecção pôdem ser inadequados em muitos casos. Largas aberturas são recomendadas;

2) manutenção da drenagem por uma ação curativa asética; um "pack vaselin" é colocado dentro e fóra da ferida e não é modifi-

8)



ficado por um período de semanas ou somente por meio de curativos estabelecidos. Nenhuma drenagem de tubos ou suturas são feitas.

3) imobilização do osso afetado em um bem preparado aparelho de gesso. O gesso passa intacto sobre a área da ferida e não é aberto por três a seis semanas, a não ser por definidos ou urgentes sinais de exacerbação aguda. Imobilização é constituída até a cura completa.

O inconveniente na fase clínica pre-radiográfica dos primeiros dias está na dificuldade de avaliar apenas pelos meios clínicos de inspeção do osso a extensão do processo necrótico, daí então as intervenções incompletas, com persistência da mortificação óssea local, causa de insucessos futuros. Além disto, este tipo de intervenção representa um indiscutível agravamento no precário estado geral destes doentes e a sua infecção geral e local, acentuada pelo traumatismo cirúrgico local, tende a se agravar apesar do enorme benefício da imobilização gessada.

O mesmo não sucede na fase terminal do processo, quando então não existem mais fenômenos clínicos da infecção geral e o osso, em plena refecção, espera a retirada do sequestro para reconstituição completa. A aplicação dos princípios diretores do método Orr neste tempo oferece todas as vantagens pelo autor perfeitamente esclarecidas, nenhuma sutura da pele após exposição ampla na retirada dos sequestros, tamponamento leve com gaze mais vaselina -não usamos vaselina e sim gaze simples, parece-nos não ter função- e imobilização gessada fechada e o curativo raro, o que Orr chamou "no dressing treatment".

Aliás, como tratamento da osteomielite aguda, o método de Orr não tem muitos seguidores, não só pelas causas aventadas, como por ter sido frequente a necessidade de, por exacerbação aguda da infecção, afastar o gesso e usar tratamento outro. Este inconveniente é aventado por Valls e Ottolenghi na aplicação do método, porém ele o é mais propriamente da trepanação precoce. E' de observação corrente, Kressin e outros, a maior elevação da temperatura e alterações do estado geral acompanharem o comum das vezes a sequência dos primeiros dez dias da trepanação.

Ao analisar o método, podemos notar que o primeiro tempo, isto é, a trepanação larga, é intervenção tida como clássica e ainda bastante utilizada, mas o segundo tempo, o do gesso imobilizador fechado, representou em sua época algo de novo que, pelos seus excelentes resultados, continúa tendo geral aplicação. Porém pôde-se ler em Lériché (1926) (*Thérapeutique Chirurgicale*, Lécène et Lériché, T. I, pag. 414) uma norma de tratamento da osteomielite aguda perfeitamente idêntica à de Orr, em todos os detalhes operatórios, embora não se refira a este último,

e faça chegar este modo de proceder a Ollier, descrevendo exaustivamente a ação favorável da imobilização gessada completa e a conveniência dos curativos raros. O gesso fechado, no entender de Orr e amplamente explanado por Lérique, traz como vantagem principal a impossibilidade dos curativos frequentes, causa de reinfecções e com o inconveniente de acarretar dôr e prejuízos para o estado geral, além de corrigir e evitar as atitudes viciosas do membro.

Ao lado dessas vantagens, que são reais, a imobilização oferece às partes moles e ao osso o repouso indispensável à sua reparação, considerado atualmente como elemento insubstituível nas feridas e fraturas expostas, donde os germes foram afastados pelos meios técnicos operatórios.

Mas na osteomielite acresce o problema da infecção já existente. Este aspecto foi estudado por Albee, que reconhece o valor do método de Orr, porém afirma seus bons resultados porque permite no interior do gesso fechado e em contacto com a ferida infectada uma franca formação de bacteriófagos ativos, capazes de eliminar a infecção in loco.

São conhecidos os trabalhos de Albee sobre a ação favorável dos bacteriófagos no tratamento das osteomielites, em bora não tenham tido aceitação e aplicação gerais. Instituiu uma modificação técnica de procedimento, que consiste em, após a exposição aplainada do osso, recheiar a cavidade com uma pasta composta de parafina 75% e vaselina 25%, colocando drenos perfurados de borracha por debaixo, junto ao fundo da ferida, por onde instila o bacteriófago.

Não compreendemos a necessidade desta modificação, pois si a formação do bacteriófago se faz ativa e espontânea com o método de Orr, excusa injeta-lo.

Stewart mostrou a possível formação de antifagos que neutralizam a ação bacteriófaga com a sua contínua introdução. Este poder antifágico foi amplamente estudado e comprovado por Raiga (1937) nas suas experimentações.

Löhr (1933) utilizou o óleo de fígado de bacalhau em pasta com vaselina para curativos espaçados, tendo como fundamento a ação inibidora local sobre os germes, do óleo de fígado de bacalhau cru estéril, e mais o seu alto teor vitamínico, que ativa a proliferação celular. Barros Lima, Muro, Horsch, mostram-se favoráveis ao seu uso. Sob a forma de "Lebertran" nós o usámos, sem nenhum resultado sensível em 5 casos de fôrmas crônicas.

Löhr (1936), sem ser por princípio contra a trepanação, o mais das vezes incisa o abcesso e evacua o puz, em seguida enche a ferida com a pasta e sutura a pele por pontos separados, não muito afrontados, e coloca novamente a pomada como



tempo complementar e ao mesmo tempo indispensavel, o aparelho gessado fechado. Em 30 casos teve 20% de mortalidade, e considera os resultados posteriores excelentes, cura mais rápida e em alguns sem formação de sequestros. Entre os autores alemães teve o método larga difusão; Kressin indica em relação ao método de Orr, a vantagem de não introduzir drenagem.

*Tratamento geral.* — As medicações de ordem geral têm plena indicação e devem se associar ao tratamento local, tanto mais que a osteomielite aguda se inicia por uma infecção geral e atinge gravemente o organismo.

Afóra as medidas comuns clínicas de terapêutica, merecendo destaque as transfusões sanguíneas por sua grande eficiência nas formas graves (Wilensky), algumas outras têm sido tentadas com caráter específico, afim de dominar ou abrandar, seja o processo septicêmico ou bacteriêmico inicial, seja a própria evolução focal óssea.

Dentre essas medicações destacam-se a vacinoterapia, a anatoxinoterapia e, nos últimos anos, as sulfanilamidas.

*Vacinoterapia.* — Não é intenção nossa revisar por detalhes o modo de ação, tipo e oportunidade das vacinas, mas apenas assinalar os resultados no tratamento da osteomielite aguda.

O uso das vacinas nestes últimos anos perdeu muito de seu interesse prático. De um modo geral, reconhecida como de pouca eficácia nas infecções, a sua aplicação se faz de modo rotineiro, como medicação auxiliar.

Os ensaios de vacinoterapia na osteomielite aguda também foram realizados, tendo sido utilizada larga manu, na presunção de uma ação geral e local.

Os trabalhos de Grégoire e Delrez (1921), de conclusões favoráveis, deram maior divulgação à sua aplicação. A facilidade no emprêgo e praticamente a nenhuma contra-indicação tornaram-na medicação adjuvante comum. O seu uso é muito difundido, sem no entanto se observar razoavelmente e notoriamente nenhuma modificação real e favorável do foco osteomielítico, sendo opinião quasi unânime a sua nenhuma eficácia sobre a evolução da osteomielite. No entanto Philipowicz (1937) atribue ao seu uso, influência muito favorável à evolução geral e local da osteomielite aguda, atribuindo à confecção da vacina a ineficácia observada muito geralmente nos últimos 20 anos.

As apreciações de Grégoire sobre a ação das vacinas, observada com mais objetividade, representam em realidade ocorrência da natural evolução do foco osteomielítico agudo, idênticas às que se passam sem a vacinação.

Por via endo-arterial foi a vacinoterapia utilizada por Borelli, tendo o seu longo trabalho larga divulgação entre nós. Os

seus resultados não são convincentes, e acreditamos que cada um tenha por sua vez se utilizado deste recurso fácil e acessível; nós nunca obtivemos qualquer resultado realmente satisfatório, e parece-nos método geralmente abandonado.

*Anatoxinoterapia.* — A anatoxina estafilocócica é outro elemento terapêutico nas estafilococcias, de descoberta recente. Assim descreve Sauv  : "As publica  es sensacionais de Ramond e de seus alunos Bocage Richon e Mercier dum lado, e Nelis (Bruxelas), no mesmo número da "Presse Médicale" de 17 de junho de 1935 fizeram nascer uma imensa esperança. A prepara  o duma anatoxina estafiloc  tica após as anatoxinas diftérica e t  nica permitiria uma vacina  o não mais empírica, mas regular, por meio da anatoxina rigorosamente titulada, e permitira em consequência a prepara  o dum s  ro anti-estafiloc  tico igualmente rigorosamente titulado em anticorpos. Esta descoberta decorria do isolamento das toxinas estafiloc  ticas por Burnet, de Melbourne (1931), cultivando o estafiloc  co sôbre gelose semi-fl  ida numa atmosfera de ar e gaz carb  nico".

Do seu uso e efeitos nas septicemias estafiloc  ticas, o relatório de Patel e Moiroud (1938) d   uma visão ampla, ao lado de todos os outros agentes medicamentosos subsidiários, e termina por esta conclusão: "O método está ainda em in  cio; além de sua tendência especificamente antitóxica, visa exaltar ou aumentar as defesas do organismo. Novos e precisos documentos são indispensáveis".

Leveuf fez aplica  o sistematizada de anatoxina estafiloc  tica na osteomielite aguda, em colabora  o com Debr  , e pôde verificar que num indivíduo normal a taxa das unidades antit  xicas no sangue oscila entre 0,5 e 1 e em meninos portadores de osteomielite aguda permanece mais ou menos idêntica, demonstrando que o aumento espontâneo do poder antitóxico do s  ro    pr  ticamente nulo. No entanto, com o uso da anatoxina, esta taxa se eleva bastante, mas apesar de seus estudos serem em pequeno número de casos, guardou a impressão de que, no conjunto, a evolu  o da osteomielite aguda não parece modificada por este tratamento.

Não faz outra aprecia  o Ombredanne, em asseverando, após 15 observa  es: "Ora, não tivemos a impressão que a evolu  o clínica da osteomielite dos adolescentes tenha sido influenciada de qualquer modo pela nova terapêutica".

Utilizámos habitualmente, por rotina, dada a verificada ineficácia das vacinas, sem notar no entanto clinicamente nenhuma altera  o mais favorável do processo de infec  o.

*Sulfamidoterapia.* — O uso das sulf  midas nas infec  es em geral representa um incontestável e enorme progresso terapêutico.

Estudaremos a sua utilização exclusivamente na osteomielite aguda hematógena, sem debater o seu modo de ação e composição química, atualmente amplamente difundidos, mas tão só os seus efeitos clínicos.

A sulfamidoterapia passou a ser medicação de rotina habitual em todas as infecções, por isso acreditamos seja medicamento de acrescimo muito frequente também em todas as formas e períodos da osteomielite aguda, porém não são muitos os trabalhos nesta referência, nem muito numerosas as observações conclusivas.

Sulfanilamida, sulfapiridina, sulfatiazol e sulfadiazina, são tipos de sulfamida que foram utilizados, sendo que os dois últimos, por ação mais especificada anti-estafilocócica, têm sido mais geralmente experimentados. Wilensky (1942) fez uma revisão geral e pode reunir um muito pequeno número de observações, e refere: Thornbill, Swart e Reel, que notaram qualquer diferença com o uso do sulfatiazol na evolução da septicemia e na positividade das hemoculturas; Melton, com sulfatiazol não percebeu nenhuma alteração evolutiva; Mitchell e Carey relatam efeitos favoráveis sobre a infecção geral, influndo para uma mais rápida localização, porém os focos osteomielíticos em nada se influíram. Carey especifica a necessidade do sulfatiazol, pelo seu definido efeito anti-estafilocócico.

Goldberg e Sachs usaram sulfanilamida com resultados favoráveis, porém sem a medicação tiveram idênticos resultados.

Wilensky, não se apoiando em larga aplicação, julga possível a ação medicamentosa favorável na fase de infecção geral, mas não supõe que a sulfamida possa agir sobre o foco ósseo, porque este fica bloqueado pela trombose e independe sua evolução, usualmente pouco influenciada pela infecção, de agente introduzido pela circulação.

Wilson e McKeever (1943) usaram em 31 casos, 21 doentes receberam sulfatiazol, 6 sulfapiridina, 2 sulfanilamida, 1 sulfatiazol e sulfapiridina, e 1 sulfanilamida e sulfapiridina. A mortalidade foi de 3,2%, enquanto que os mesmos cirurgiões trataram 94 doentes sem sulfamidas com 12,7% de mortalidade. O efeito sobre o foco ósseo, segundo os autores, é difícil de discernir, parecendo que abranda os fenômenos destrutivos e acelera concomitantemente a restauração óssea e interpretam como não se fazendo a bacteriostase in loco, mas apenas que o organismo infectante torna-se leve irritante. Concluem sem especificar o tipo de sulfamida, que deve ser usado por rotina; tem o seu maior efeito sobre a infecção geral; a incidência de morte e de focos múltiplos diminúe, e, ocasionalmente, em casos brandos, póde curar sem operação.

Robertson (1943) utilizou sulfatiazol e sulfadiazina, sempre em doses altas — 5 a 10 grs. diárias — afim de atingir uma taxa

sanguínea de concentração de 6 a 12 miligramos por cento, e considera esta última mais tolerada e pôde ser mais eficaz para o tratamento da osteomielite. Na análise dos casos duma série de 89 observações de osteomielite aguda, pôde-se notar uma manifesta influência sôbre a infecção geral e na evolução focal uma modificação sensível das alterações ósseas, muito variável segundo Robertson, pois observa e indica diferenças de graduação destrutiva conforme os casos foram ou não incisados.

Speed (1943) acredita na ação profilática das sulfamidas, porque observa diminuição da sua frequência, pelo uso mais comum no tratamento das lesões cutâneas e naso-faríngeanas. Opina que a sulfamida deve ser mais eficiente quando não associada às intervenções precoces, porque estas perturbam a circulação do osso, reduzem a resistência local e bloqueiam a ação bacteriostática da sulfamida.

Key (1944), em trabalho sôbre o tratamento da osteomielite crônica expende comentários sôbre a sulfamidoterapia, que resumem a impressão mais geral. Deve ser usado nas infecções estafilocócicas, sulfatiazol e sulfadiazine, os tipos capazes de inibir o desenvolvimento do germen, ao passo que a sulfanilamida e sulfapiridina não têm ação idêntica. Com a administração sistemática, estando o estafilocóco livre na circulação, a ação medicamentosa é mais constante, enquanto que no foco o germen é menos vulnerável. Na osteomielite aguda mostra a diferença de opinião no que respeita a localização: "Alguns cirurgiões (Horst, Davis e Van Buren) acreditam que a maioria dos casos de osteomielite aguda pôde ser curada pela sistemática administração de sulfatiazol, e que a operação é raramente necessária". Key, no entanto, pensa que o sulfatiazol é apenas um adjuvante de valor no tratamento, mas não dispensa a imobilização e a drenagem do foco ósseo.

Não conhecemos referência sôbre o uso da sulfamida nas intervenções precoces por osteomielite aguda. No nosso entender, não parece lógico procedimento, mas a observação prática dirá a sua utilidade.

E' a impressão da maioria absoluta dos autores que a medicação geral anti-infecciosa, específica ou não, nas osteomielites agudas, desempenha uma ação secundária, cabendo o papel principal na terapêutica ao tratamento cirúrgico local.

O tratamento da osteomielite aguda está longe de receber unanimidade de orientação, variando o critério de intervenção e de oportunidade conforme os elementos em que baseia o cirurgião.

Krasnobaew (1925) analisa 428 casos de osteomielite aguda com 96 mortes, 22,4%, e mostra-se de muito grande moderação nas intervenções cirúrgicas e julga a melhor conduta a incisão simples do abcesso sub-perióstico. Contra-indica a trepanação do

osso e só faz ressecção em muito raras oportunidades. Prática a sequestrostomia precocemente, sem a preocupação de exposição ampla. Não se expressa sobre imobilização e não comenta os resultados tardios.

Ingelrans (1932) aconselha incisar o abcesso sub-perióstico precocemente, com incisão ampla e trepana o osso desde que este se apresente não sangrando, de aspecto esbranquiçado e quando o estado geral é grave. Pratica largo esvaziamento — ressecção óssea si encontra lesões de necrose extensa. Julga a ressecção diáfisária oportuna si o periosteio foi descolado pelo puz, e pensa deva ser executada antes do periosteio ser profundamente alterado pela supuração, sendo de opinião que o agravamento do estado geral está na dependência das lesões locais. Faz notar, no entanto, que a ressecção deve ser apanágio de casos bem determinados e de cirurgiões bem instruídos, seguida sempre de imobilização estrita, a esta não fazendo referência nos outros tipos de intervenção. A vacinoterapia não teve eficácia.

Lecène (1929) considera a intervenção cirúrgica focal o ato capital do tratamento. Deve ser de urgência e decide do tipo de intervenção pela clínica e exame do foco ósseo no decurso da intervenção. Incisão sub-perióstica si o estado geral é bom e o osso está vascularizado e muito vermelho, acrescentando trepanação si o estado geral se agrava dois a três dias após; são os casos menos frequentes. Trepanação larga de urgência, retirando uma extensa porção óssea, si o osso está desnulado, seco, e o estado geral grave. Mostra-se contrário às perfurações com trépano, por drenagem insuficiente. Não impede por vezes a formação de sequestros, mas segundo sua opinião, facilita a sua eliminação quando se fórma, e acredita que é a única maneira de se evitar as osteomielites prolongadas. Considera-o como o tratamento conservador em matéria de osteomielite. E' contrário à ressecção diáfisária por sua gravidade imediata e por suas complicações remotas, a não ser em ossos de função secundária, e em casos muito excepcionais. A vacinoterapia tem um papel acessório, pôde ser usada mas sem contemporizar o ato cirúrgico. Não se refere à imobilização.

Esta orientação resume, em traços gerais, o tratamento cirúrgico local, denominado clássico. Definido por Lannelongue, constitúe o modo de proceder da grande maioria dos cirurgiões franceses, apesar de alguns, Kirmisson, Delbet, terem defendido a ampla incisão sub-perióstica. Também em outros países tornou-se orientação muito defendida e foi expressa por Magnus: "Estamos nesta posição, o nosso ponto de vista atual é o melhor, sob qualquer aspecto do osso, trepanar assim que o diagnóstico de osteomielite seja feito" (Friedman, 1935).

Após Leveuf (1926), as ressecções diáfisárias foram mais frequentemente praticadas, e a repercussão de seus estudos mar-

cou uma certa tendência, que sem ser geral, é realmente sensível. A diafisectomia, continuou com seus opositores formais, mas a sua realização penetrou mais na contingência de determinadas indicações. Assim procedem Jorge y Mealla, Valls e Ottolenghi, dando estes no entanto excepcional importância à imobilização gessada em qualquer das intervenções cirúrgicas.

Sorrel (1937) é radicalmente favorável à intervenção precoce de urgência. O tratamento geral importa pouco, o essencial é a intervenção cirúrgica local. Estado geral grave e abcesso descolando o perióstee, resecção diafisária precoce primitiva; continuando graves os fenômenos clínicos gerais, apesar de já praticadas outras intervenções, executa ainda resecção secundária. Sinais clínicos gerais de mediana gravidade, casos mais frequentes, orienta-se Sorrel pelas lesões locais: perióstee sem descolamento, incisão simples do abcesso, ampla, e si o osso manifesta sinais de supuração central faz trepanação suficiente para drenagem, mas si o perióstee se apresenta descolado em grande extensão, pratica também resecção diafisária. Nas primeiras circunstâncias pretende que a resecção salva a vida dos doentes e nos casos mais comuns impede as lesões crônicas do osso. Não se expressa sobre imobilização nas outras intervenções, porém nas resecções diafisárias é de rigor a imobilização gessada fechada com curativos raros.

Starr (1922) sugere a incisão precoce do abcesso do perióstee; si encontra puz é suficiente sua drenagem, concomitante dos tecidos de vizinhança. Si nota apenas exsudato, baseado no estado local pratica três orifícios de trépano, obliquamente através da metáfise em direção à linha epifisária, com intervalos de um quarto de polegada e contra-indica de modo absoluto a abertura do canal medular. Baseia Starr seu procedimento no fato de sua própria observação, de que a propagação do puz se faz em regra geral da região subcôndrica para a cortical do osso e não para o canal medular, assim se formando o abcesso subperióstico.

Influenciado pelos trabalhos de Rost, pelos estudos de Wilensky e pelas primeiras publicações de Leveuf, uma orientação mais eclética ganhou inegavelmente corpo de doutrina no tratamento.

Marotoli (1935) resumiu esta atitude: "Cremos que a abstenção cirúrgica deve ser formalmente considerada nos casos muito graves, que a atitude expectante e a intervenção mínima resolve quasi sempre a terapêutica de entrada na fase precoce da lesão e que, considerando a ineficácia e inconvenientes das amplas trepanações, a diafisectomia diferida ganha dia a dia maiores indicações, conduzindo a uma cura mais efetiva".

Campbell (1942) julga necessária a drenagem cirúrgica da área infectada, porém vê como maior inconveniente da inter-

18)



venção precoce a possibilidade de provocar maior agravamento da septicemia, podendo ser de resultados fatais, e aconselha então o prazo aproximado de 10 dias para intervir. A intervenção guia-se pelas lesões; incisão do abcesso sub-perióstico, pouco ampla para não destruir os vasos nutridores do periosteio, de grande importância, e acrescenta quasi sempre perfurações múltiplas do canal medular, afim de estabelecer sifonagem. Si surge puz, imediatamente aumenta a abertura óssea, reunindo as perfurações com um mínimo de traumatismo e não aconselha osteotomia. Mantém a drenagem por tubos de Dakin ou gaze impregnada de glicerol 1 parte e sulfato de magnésio 2 partes. Imobilização gessada rigorosa das duas articulações vizinhas, em posição de futura função. Assim permanece 6 semanas, só então sendo mudado. Tratamento geral e transfusão de sangue como medicação anti-infecciosa geral e para a anemia secundária, segundo sua expressão "inevitavel nesta doença".

Buttler (1940) estudou 500 casos de osteomielite aguda tratados no London Hospital no período 1919-1937, sendo de 1919-1928, 344 casos e 1929-1937, 156 casos. Considera a hemocultura, elemento valioso de prognóstico, pois 123 casos com hemocultura positiva, 52% de mortalidade. As operações primárias praticadas foram:

1) abcesso sub-perióstico drenado .....	117 casos, 21% mortalidade;
2) periosteio incisado e osso perfurado ....	41 casos, 20% mortalidade;
3) cavidade medular drenada .....	280 casos, 22% mortalidade;
4) amputação primária .....	2 casos, 2 mortais;
5) diafisectomia .....	9 casos
6) drenagem da articulação .....	20 casos, 65% mortalidade;
7) sequestrectomia .....	6 casos. 0% mortalidade;
8) não operados (por vários motivos) .....	31 casos, 84% mortalidade.

Poude examinar 223 doentes dos 373 que viveram, e notou nos submetidos a incisão do abcesso sub-perióstico — 41% de bons resultados; com o periosteio incisado e osso trepanado, 63%; com cavidade medular drenada, 53%. Globalmente, trabalhavam 87% dos doentes, com bons resultados 49%, e haviam sofrido operações recorrentes 39%; tinham deformidade 32%. Deste estudo estatístico detalhado, porque procurou também determinar os resultados tardios, fixou a seguinte rotina de procedimento: admissão do doente — 1) hemocultura; 2) antitoxina estafilocócica; 3) repouso absoluto do osso afetado; 4) limonada assucarada; 5) tratamento local, póde ser: a) aspiração, b) incisão do periosteio, c) incisão do periosteio e trepanação do osso; 6) excisão do foco septico nos casos de alta bacteriemia. Depende o tipo da intervenção: 1) da toxemia,

2) bacteriemia, 3) lesão local. Têm usado sulfamidas e os resultados têm sido desapontadores, segundo expressão do autor.

Wilensky (1934) dá excepcional importância à hemocultura no prognóstico e tratamento. Avalia a intensidade da bacteriemia contando o número de colônias de bactéria que se desenvolve no meio de cultura por centímetro cúbico de sangue. Com este critério, divide os doentes de osteomielite aguda em três grupos:

a) doentes cujos fenômenos clínicos gerais de infecção são extraordinariamente graves, a hemocultura demonstra invasão progressiva do sangue, sendo o foco de osteomielite de menor ou secundária importância, tornando-se inútil qualquer intervenção local;

b) incluí os doentes de hemocultura negativa, com sinais clínicos de infecção geral muito abrandados; nestes casos é vantagem a expectativa ou tratamento conservador;

c) situação mais frequente: hemocultura positiva, mas com tendência regressiva, tornando-se logo negativa, sinais clínicos de infecção geral moderados, com tendência a serem dominados pelas naturais reações orgânicas. Ainda indicação para tratamento conservador, salvo em circunstâncias muito raras e excepcionais, em que a hemocultura demonstra número cada vez maior de colônias desenvolvidas, que dá a impressão, segundo o autor, de que as lesões trombo-flebíticas do foco ósseo são responsáveis da septicemia, então a indicação é larga abertura do foco, talvez erradicação total por ressecção. Assim, a orientação do tratamento é conservadora na maioria absoluta dos casos, devendo ser feita inicialmente a imobilização estrita do osso afetado.

Si se constituir um definido abscesso sub-perióstico, drenar por incisão mínima sem interferir no osso. É a regra comum da conduta terapêutica nos primeiros dias, aproximadamente nos primeiros 15 dias de localização óssea. Portanto, imobilização gessada e drenagem tardia do abscesso, quando bem formado, por incisão mínima.

Continúa a imobilização durante o período de necrose óssea até a demarcação do tecido vivo com o morto, isto é, formação e isolamento do sequestro. Sob controle radiográfico pratica a sequestrotomia, por osteotomia mínima, regularizando as paredes ósseas. A operação é completada por tamponamento amplo com gaze impregnada de leve antiséptico (iodofórmio, bismuto) e a região rigorosamente imobilizada.

Procede após este tempo, a sutura secundária da ferida cutânea, para apressar a cicatrização, dependendo a cura das condições locais.



No tratamento geral utiliza transfusões de sangue como corretivo da anemia e em certos casos imuno-transfusão, julgando o meio terapêutico mais enérgico e eficiente e adjuvante do mais alto benefício. Vacinas e bacteriófagos são, no seu entender, de efeito muito aleatório.

Ultimamente (1942) associou a terapia pela sulfanilamida e seus derivados, e não pôde observar resultados concludentes. Não age tão prontamente como em outras infecções e a sua influência é imprevisível, além da dificuldade de notar os seus benefícios devido à própria evolução expontânea da osteomielite.

Leueuf (1936-38) adotou uma conduta conservadora ou de expectativa. Mostra-se contrário à intervenção de urgência no período inicial, fase de invasão microbiana e pratica uma imobilização rigorosa e estrita do foco osteomielítico, e observa então os sinais clínicos da infecção geral. Procura estabelecer a diferença entre septicemia e bacteriemia (1938 — Congresso Francês de Cirúrgia). Esta acompanha a osteomielite aguda com muita frequência, em 35 doentes Leueuf encontrou hemocultura positiva em 20 casos, e perdura algum tempo, 15 dias em média, nas formas agudas, e 21 dias em média nas formas muito graves, com impregnação toxi-infecciosa notável. "Póde-se afirmar que a desapareção dos estafilocócos do sangue marca, com a queda da temperatura, o fim do período de invasão". Neste decurso coleta-se franca supuração sub-perióstica e indica a incisão simples do abcesso no período de defervescência. As reações articulares estando o doente sob imobilização, são sempre benignas e cedem naturalmente ou por punções. Dos 35 casos observados, 20 com hemoculturas positivas, só teve uma morte, por pericardite supurada. Não observou supuração metastática, mesmo nos de hemocultura positiva, isto é, bacteriemia prolongada, afóra os ossos primitivamente afetados.

Na forma chamada septicêmica, é de opinião que não se trata propriamente de osteomielite aguda, mas sim de verdadeiras septicemias de estafilocócos.

Comprova a vantagem do retardo na intervenção cirúrgica, baseado no fato já observado nitidamente por Rost, o grave perigo da disseminação acarretada pela intervenção de urgência com trepanação do osso, que póde transformar uma forma bacteriêmica numa septicemia mortal.

No período de 1933-1936, em que não imobilizava e a trepanação de urgência era intervenção de rotina, 11 septicemias mortais, e em 1937-1938, apenas um caso que evoluiu como septicemia. Nesta forma contra-indica a intervenção, além do mais porque, nos dias de sobrevivência, a supuração não chega a se instalar no nosso operado. Caso se trate duma forma grave bacteriêmica de osteomielite aguda, a intervenção, pelo trau-

matismo cirúrgico, poderá transformar o quadro clínico, provocando uma invasão maciça dos germes no sangue, por não haver ainda uma real localização do processo de infecção. A resecção, julga que só deve ser executada secundária e tardia, quando as lesões destrutivas não têm tendência a se renovar, devido à extensão e intensidade do processo.

Não notou benefício algum, com qualquer tratamento geral específico.

E' sua convicção que os métodos de temporização em que o cirurgião obedece a indicações precisas, fornecidas pela evolução natural da osteomielite, devem predominar sobre os métodos cegos de cirurgia de urgência, em particular a trepanação. São de idêntica opinião Boppe, Vignard, Aubert, Michel-Bechet.

Robertson (1943), de Toronto, reporta-se aos trabalhos de Leveuf e inclina-se a acreditar na capacidade do organismo para dominar a fase inicial aguda do processo osteomielítico. Utilizando sulfamidas (sulfatiazol e sulfadiazine), e à ação atribuindo os resultados observados, refere um tratamento médico da osteomielite aguda, numa estatística, assim discriminada: total de casos 89; incisão tardia do abscesso 64; sem operação 25; falecidos 3, moribundos ao ingressar; 1 operado, incisado tardiamente, e pareceu-lhe ter agravado e favorecido a disseminação da infecção. Não se mostra favorável à incisão por haver notado mais frequente, mais da metade dos casos, ampla destruição óssea e sequestração, ao contrário são as alterações ósseas mínimas não se fazendo intervenção. Conclui que a incisão não é fator salvador e pôde ser nociva. Não julga a imobilização indispensável, a não ser quando uma articulação vizinha está afetada.

A eficácia da medicação sulfamidica não é geralmente assim apreciada, havendo tendência, Wilensky, Butler, Key, Speed, McKeever, em considerá-la como tratamento auxiliar útil mas incapaz de impedir a evolução focal subsequente à infecção.

\* \* \*

A análise do estado atual dos métodos de tratamento da osteomielite aguda é embaraçosa e difícil de concluir objetivamente.

O tratamento não depende dum determinado tipo isolado de intervenção, mas uma orientação básica necessária.

O tratamento geral específico da infecção é encarado pela maioria absoluta dos cirurgiões, como secundário e de ação adjuvante sem efeito sensível sobre a evolução geral e focal da osteomielite aguda. O mais recente destes tratamentos, a sulfamidoterapia, por alguns considerada como capaz de modificar a

evolução local, não representa a impressão mais expandida, que tende inclui-la como medicação auxiliar e adjuvante.

O tratamento local do foco osteomielítico é a ação terapêutica preponderante e principal.

Considerando englobadamente o problema terapêutico, existem tendências marcantes nos diversos procedimentos cirúrgicos, não de épocas, como sóe acontecer correntemente, mas de trabalhos e observações, cujos resultados não chegaram a ter influência geral decisiva para determinar uma orientação terapêutica. Dá a impressão, afirmou Payr (1939), diante da contradição existente, que os resultados não são satisfatórios e prepondera uma certa insegurança no método a executar.

A intervenção precoce como regra de conduta é frequentemente utilizada e perduram as contraditórias observações sobre as vantagens e desvantagens, da simples incisão sub-perióstica e da trepanação imediata e suas variantes técnicas. As resecções diafisárias, esquecidas por longo tempo, voltaram a ser executadas.

A resecção diafisária imediata, apesar dos trabalhos isolados favoráveis, diante de seus inconvenientes é geralmente rejeitada. A resecção diafisária secundária, precoce ou tardia, durante alguns anos foi mais amplamente indicada e executada, a ponto de se fazer um método geral sistematizado. Parece ressaltar no entanto, apesar de trabalhos de cirurgões autorizados, uma nítida tendência em restringir cada vez mais as suas indicações, tornando-a intervenção de oportunidade verdadeiramente excepcional.

Estes últimos anos têm visto surgir uma perceptível orientação que reconhece sérios inconvenientes na intervenção focal precoce, mortalidade mais elevada e ineficácia em evitar a destruição do osso.

O princípio da intervenção retardada e o método conservador de expectativa, como norma de conduta, tem tido indicações mais amplas e faz supor mais extensa aplicação. A consequência principal desse procedimento, associado à imobilização, foi o melhor conhecimento da evolução natural do foco osteomielítico.

Parece-nos então que os pontos de doutrina a discutir atualmente no tratamento da osteomielite aguda diferem dos anteriores e não são mais os tipos de intervenção precoce e imediata, mas si a terapêutica local, no início da infecção osteomielítica deva ser da intervenção imediata, de urgência, ou da intervenção retardada, sob orientação conservadora.

Entre os cirurgões que aconselham a intervenção precoce é nossa impressão de que o maior número limita-se à incisão do abcesso sub-perióstico, isto é, considera como tangível a possibilidade de maior agravamento geral e a dificuldade em fazer intervenção completa com a trepanação. Esta, por sua vez, é

opinião unânime, mesmo para os que a executam não impede a necrose óssea extensiva e não impede, com relativa frequência, a cronicidade do processo infeccioso ósseo.

A intervenção retardada permite a localização completa da infecção e o concomitante domínio pelo organismo, auxiliado por medicação apropriada, específica ou não, do período bacteriêmico.

As operações subsequentes terão indicações conforme a evolução da osteomielite e com pleno conhecimento da lesão. Incisão para drenar a coleção sub-perióstica, sequestrostomia tardia em relação com o tamanho, extensão e localização dos sequestros, e, eventualmente, oportunidade rara, ressecção diafisária, de indicação excepcional porque a reparação óssea segue-se com grande constância ao processo destrutivo ósseo.

Mais difícil e precária é a apreciação comparativa dos resultados tardios, por frequentes deficiências de dados concretos. A trepanação óssea imediata não impede a continuação da necrose óssea, a formação de sequestros e as formas prolongadas da osteomielite, sem que haja elementos para dizer de sua frequência. A imobilização rigorosa associada faz a profilaxia das atitudes viciosas, o que o método clássico não impedia muitas vezes na evolução do processo. O método conservador assiste o desenrolar da destruição óssea, mas com a imobilização fornece condições para o organismo localizar a infecção geral, e dá ao osso doente posição favorável para o processo reconstrutivo, que a observação tem comprovado ser a regra geral.

Não é tema passível de conclusões definitivas, diante da complexidade do problema e dos resultados tão contraditórios, porém é impressão nossa de que existe uma tendência nítida, mais difundida nas publicações mais recentes, em aceitar para norma de conduta terapêutica a temporização ou expectativa como tratamento local da osteomielite aguda.

## SUMMARY

Reviewing the fundamental studies on acute osteomyelitis we can conclude:

Some facts about acute hematogenic osteomyelitis have been confirmed by time thus coinciding with the observation that has been dedicated to the subject.

It is an osseous localization of a general infection that is produced in 90% of the cases by staphylococci: of different clinical forms, one of which has a general septic character in which the acute osteomyelitis is an epiphenomenon beyond the help of present therapeutics, but it occurs only rarely and presents a difficult clinical diagnosis in its limits; and the other is of a bacteriemic type which determines the skeletal localization. In 95% of the cases the infection is located in the long bones of the extremities with complete predominance in the lower ones, 80% of the localization of acute hematogenic osteomyelitis.

Due to the fact that the infection of the bone is always in the marrow and Haversian canals, the expression osteitis is changed by osteomyelitis. The germ is brought to the bone by the blood stream.

These are the positive elements acquired by the observation.

There is no agreement to the opinions in regard to the intimate mechanism of the reactions of the bone to the infection, which presents various aspects, revolving about many factors under discussion, principally the biology of the germ and its development in the bone tissue. This inequality of appreciation of the facts in the intimate structure of the bone, diverts therapeutics into different channels in connection with the general treatment of the local lesion.

The analysis of the present states of the methods of treating acute osteomyelitis is troublesome, and it is difficult to draw a definite conclusion.

The treatment does not depend on a determined isolated type of intervention, but a necessary basic orientation.

The general specific treatment of infection is assumed by the absolute majority of surgeons, as secondary and of an adjuvant action without susceptible effect on the general and focal evolution of acute osteomyelitis. The more recent of this treatment, sulfonamidotherapy, is considered by some as capable of modifying the local evolution, does not represent the most expedient impression, that intends to include it as an auxiliary medication.

Considering roughly the therapeutic problem, marked tendencies exist in the different surgical procedures, not in epics, as might happen at present, but in studies and observations, whose results have not yet had a general decisive influence to determine a therapeutical orientation. Payr (1939) gives the impression, in spite of the contradiction that exists, that the results are not satisfactory and suggests a certain insecurity in the method of execution.

Precocious intervention, as a rule of conduct, is frequently used, and the contradictory observations continue over the advantages as disadvantages of the simple sub-periosteal incision and an immediate perforation with a trepan and its technical variations. The diaphysis resections that are forgotten for a long time, come back to be executed.

The immediate resections of the diaphysis, in spite of the favorable works, because of its inconveniencies is generally rejected. The secondary resection of the diaphysis, precocious or late, during several years was more amply indicated and executed, to the point of making a general systematic method. There seems to reappear, however, in spite of research by authorized surgeons, a clear tendency in restricting more and more the indications and becoming an intervention of really exceptional opportunity.

These last years have seen a perceptible orientation come forth, that recognizes serious inconveniencies in precocious focal intervention, a higher mortality, an inefficiency in avoiding the destruction of the bone.

The principle of retarded intervention and the conservative method of expectation, as a norm of conduct, has had more ample indications and supposes a more extensive application. The principal consequence of this procedure, associated with immobilization, was the best knowledge of the natural evolution of the osteomyelitic focus.

Thus it seems that the doctrinal points of discussing, at present, the treatment of acute osteomyelitis differ from the former and are no longer the types of precocious and immediate intervention, but a local therapeutic, in the beginning of the osteomyelite infection should be immediate and urgent intervention, or delayed intervention under conservative management.

Among the surgeons that favor precocious intervention, and it is our impression that the greater number limit themselves to the sub-periosteal abscess, this is, when the possibility of a general grave state is present and when there is the difficulty of making a complete intervention with the trepan. This, in turn, is the unanimous opinion, even for those who execute it and does not impede extensive osseous necrosis and does not hinder, with relative frequency, the time process of the infectious osseous process.

The delayed intervention permits complete localization of the infection and of concomitant dominion by the organism helped by appropriate medication that is or is not specific, of the bacteriemic period.

The subsequent operations will have indications that depend on the development of the osteomyelitis and with full regard to the lesion. In making an incision to drain the sub-periosteal abscess, sequestrectomy in relation with the size, extension and localization of the sequestrations, and eventually on a rare opportunity, resection of diaphysis from the exceptional indication because the restoration of the bone follows with great constancy the destructive bone process.

The comparative appreciation of tardy results, is more difficult and precarious, because of frequent lack of concrete data. The immediate bony trepanation does not hinder the continuation of the osseous necrosis, the formation of sequestrations and the prolonged forms of osteomyelitis, without having elements to tell of its frequency. The rigorous associated immobilization does the prophylaxis of the vicious attitudes that the classical methods repeatedly did not stop in the evolution of the process. The conservative method does not any influence on the destruction of the bone, but immobilizes and presents conditions for localizing general infection, and a favorable position to the sick bone for the reconstructive process. This observation has proved to be a general rule.

It is not possible to draw definite conclusions because of the complexity of the problem and of such contradictory results. However, it is our impression of the existence of a clear tendency that is being more published in the recent publications, in accepting as a norm of therapeutic conduct the temporization or expectative as a local treatment of acute osteomyelitis.

#### BIBLIOGRAFIA SOBRE OSTEOMIELITE AGUDA

- ALBEDE (Fred) — "The treatment of osteomyelitis by bacteriophage" — J. Bone and Joint Surg., v. 15, 1933; p. 58-66.
- ALLENDE (C.) — "Directivas y resultados de una conducta personalmente adoptada para el tratamiento quirúrgico de la osteomielitis" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 453.
- ALLENDE (C. I.) — "Osteomielitis aguda — Diagnóstico precoz y tratamiento en el período inicial" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XIII, 1929; p. 273.
- ALLENDE (G.) — "Patelectomia en la osteomielitis crónica de la rótula" — to — Relat. VII Congr. Arg. Cirurg., 1935; p. 3-199.
- ALLENDE (G.) — "Patelectomia en la osteomielitis crónica de la rótula" — Rev. Ortop. y Traumat., v. XI, 1942; p. 275.
- ALLENDE (J.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XX, 1936; p. 170.
- ALLENDE (J. M.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. 1931; p. 408.
- ARTAUD (P.) — "A propos de 48 cas d'osteomyélite aigue des os longs des enfants et des adolescents" — Bull. et Mém. Soc. Chir. Marseille, t. XI, 1937.



- ARTAUD (J.), HENRIOMET (M.), FERRON (E.) — "Osteomyélite aiguë à staphylocoque doré de l'occipital — Trépanation" — *Mém. Ac. Chir. Paris*, t. LXIV, -938; p. 1191.
- ATSAID (R. R.) — "Acute osteomyelitis of a vertebral body following compression fracture" — *J. Bone and Joint Surg.*, v. 21, 1939; p. 346.
- BAER (William S.) — "The treatment of chronic osteomyelitis with the maggot (larva of the blowfly)" — *J. Bone and Joint Surg.*, v. XIII, 1931; p. 438.
- BAKER (L. O.), SCHANBEL (H. J.), KUHN (H. H.) — "Open versus closed treatment of acute osteomyelitis" — *J. Bone and Joint Surg.*, v. XXVI, 1944; p. 345.
- BARRET (M.) — "Six observations de resection précoce sous-periostée au cours de l'osteomyélite" — *Bul. et Mém. Soc. Chir. Paris*, v. 57, 1931; p. 620.
- BECHET (M.), — SALMON (M.), SARROSTE, rapport LEVEUF (J.) — *Mém. Acad. Chir. Paris*, t. LXIII, p. 155, 1937.
- BEYE (H. E.) — *Surg. Gyn. Obst.*, v. 37, 1933; p. 732.
- BILLER (H.) — *Rev. d'Orthop.*, t. XIX, 1932; p. 669.
- BLANCO (H.) — "Diatsectomia por osteomielitis" — *Rev. Cir. de Barcelona*, res. *Rev. Ortop. y Traumat.*, v. III, 1934; p. 336.
- BOPPE — "Discussion sur l'O. M." — *Mém. Acad. Chir. Paris*, t. LXII, 1936; p. 779.
- BROCHWAY (A.) — "The treatment of osteomyelitis in the warm Sult-Water-Pool" — *J. Bone and Joint Surg.*, v. 14, 1932; p. 611-617.
- BRUMER — *Arch. Klin. Chir. (Kongressbericht)*, v. 196, 1939; p. 55.
- BUTTLER (E.) — "The treatment, complications and late results of acute hematogenous osteomyelitis based on a study of 500 cases admitted to the London Hospital during years 1919-1937" — *The Brit. J. Surg.*, t. XXVIII, 1940; p. 261-273.
- CALCAGNO (B. N.) — *Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires*, v. XX, 1936; p. 163.
- CAMPBELL (W. C.) — "Operative Orthopedics" — *The C. V. Mosby Co.*, 1929; p. 727.
- CAPENER (N.) e PIERCE (K.) — "Pathological fractures in osteomyelitis" — *J. Bone and Joint Surg.*, v. 14, 1932; p. 501-510.
- CARAJANNAPOULOS (M. G.) — "Huit observations de resection précoce dans l'osteomyélite aiguë des adolescents" — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, v. 57, 1931; p. 915.
- CEBALLOS (A.) — *Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires*, v. XV, 1931; p. 499.
- CEBALLOS (A.) — *Idem*, v. XIX, 1935; p. 576.
- CELIERI (I.) — "Tratamiento de la osteomielitis aguda con el bacteriófago local" — *VII Cong. Arg. Cir.*, 1935; p. 354.
- CHRISTOPHER (F.) — "Acute osteomyelitis of the Patella" — *J. Bone and Joint Surg.*, v. 15, 1933; p. 1012-1014.
- CHUTRO (P.) — *Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires*, vol. VI, 1922; p. 264.
- CLAIRMONT — *Arch. Klin. Chir. (Kongressbericht)*, v. 196, 1939; p. 403.
- COMPÈRE (Edward) — "Streptococcus viridans osteomyelitis" — *J. Bone and Joint Surg.*, v. 14, 1932; p. 244-258.
- CONEJO SARAVIA — *Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires*, v. XX, 1936; p. 208.
- D'ALLAINES — "A propos de la resection osseuse précoce dans l'osteomyélite. Un cas de resection étendue sans régénération osseuse" — *Bul. et Mém. Soc. Chir. Paris*, v. 57, 1931; p. 1500.

- DAVIS (J. B.) — "Recurrence of infection after elective operations in cases of healed supuration in bones and joints" — Arch. Surg., v. 41, 1940; p. 1426.
- DEBRÉ (R.) e LEVEUF (J.) — "Osteomyélite aiguë avec bactériémie et septicémie à staphylococcus" — Presse Méd., ano 47, 1939; p. 361.
- DEFINE (D.) — "A sulfamida geral e local no tratamento das osteomielites sub-agudas e crônicas" — Comunic. oral ao V Congresso Bras. Ortop. e Traumatol., 1942.
- DENGLER — "Zur behandlung der chronischer osteomyelitis nach Orr und Löhr" — Arch. Klin. Chir., 1936; p. 1-15.
- DESCOMPS (P.) — "Le bouillon stock-vaccin mixte du Pr. Delbet" — Rev. de Chir., v. 67, 1929; p. 1-23.
- DESPLAS (A.) — "Deux cas de resection sous-periostée du tibia pour O. M. — Étude comparative de la reparation fonctionnelle et anatomique" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXIII, 1937; p. 1096.
- DE SANGRE e CRETIN — "Fracture expontanée pour osteomyelite simulant un sarcome" — Rev. d'Orthop., v. 25, 1938; p. 320.
- DICKSON (F.), DOVELEY (R.) e KIENE (R.) — "The use of sulfathiazole in the treatment of subacute and chronic osteomyelitis" — J. Bone and Joint Surg., v. XXIII, 1941; p. 516.
- DILLEHUNT (R. B.) — "Osteomyelitis in infants" — Surg. Gyn. Obst., v. 61, 1935; p. 96.
- Discussion Acad. Chir. Paris (BAZY, L; SORREL, E; MONOD, R. Ch; GRÉTOIRE, R; MARTIN, H; MAUCLAIRE; BRECHOT) — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 306-312.
- DITTRICH (R. J.) — "Osteomyelitis of the patella" — J. Bone and Joint Surg., v. 20, 1938; p. 209.
- DONOVAN (R. E.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XIX, 1935; p. 623.
- DUROSELBE — "A propos de la resection précoce dans l'osteomyelite aiguë" — Rev. d'Orthop., v. XIX, 1932; p. 565 (res.).
- ERNST — Arch. Klin. Chir. (Kongressbericht), v. 196, 1939; p. 50.
- FAIRCHILD (R.) — "Acute hematogenous osteomyelitis of the scapula" — J. Bone and Joint Surg., v. 18, 1936; p. 232.
- FEIST (G. H.) — "Akute osteomyelitis der platten Cchädelknochen" — Zentr. f. Chir., v. 65, 1938; p. 1442.
- FINOCHIARO (F.) — "O método químio-fisioterápico nas osteomelites" — An. Paul. Med. e Cir., v. XLIV, 1942; p. 96-144.
- FITTE (M.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XIX, 1935; p. 576.
- FITTE (M.) — Idem, idem; pp. 894, 1016, 1043.
- FITTE (M.) — Idem, v. XX, 1936; p. 162.
- FITTE (M.) e MARUCI (A.) — "Tratamiento de las osteomilitis agudas eu los niños" — VII Cong. Arg. Cir., 1935; p. 324.
- FONTAINE (R.) e MAITRE (R.) — "Osteomyélite aiguë de la clavicule. Resection totale etc." — Rev. d'Orthop., v. 22, 1935; p. 339-342.
- FONTAINE (R.) e WILHELM (J.) — "Résultat éloignée d'une resection diaphysaire pour osteomyelite aiguë du tibia pratiquée en 1904 pour le Prof. Boeckel" — Rev. d'Orthop., v. 25, 1938; p. 559.
- FORREST YOUNG — "Acute osteomyelitis of the Ilium" — Surg. Cyn. Obst., v. 58 1934; p. 986-994.
- FRIEDEMANN (M.) — "Akute osteomyelitis" — Zentr. f. Chir., v. 62, 1935; p. 987.



- FEVRE (M.) — "La resection precoce dans l'osteomyelite aigue des os longs pendant la période de croissance" — *Rev. de Chir.*, v. 45, 1926; p. 119-155.
- FEVRE (M.) — "Traitement de l'osteomyelite aigue des enfants et des adolescents" — *Rev. d'Orthop.*, v. 24, 1937; p. 365.
- FROELICH — *Rev. d'Orthop.*, t. XIX, 1932; p. 664.
- GAMBOA (M.) — *Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires*, v. XIX, 1935; p. 622.
- GAMBOA (M.) — *Idem, idem*; p. 1021.
- GAMBOA (M.), HERNANDEZ (M.), SALVATI (A.) — "Osteomielitis aguda y crónica — Tratamiento" — VII Cong. Arg. Cir., 1935; p. 361.
- GAMBOA (M.) — "Osteomielitis de la clavícula" — *Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires*, v. XXII, 1938; p. 143-145.
- GIOIA (T.) e VELLAFANE (I.) — "Tratamiento de las osteomielitis aguda y crónica en el adolescente y el adulto" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 434.
- GODOY MOREIRA (T. E.) — "Osteomielitis esclerosante" — *An. Cir. Rosário*, v. IV, 1938; p. 247-254.
- GOLDBERG (R.) — "Roentgenographic study of acute osteomyelitis of the fibula treated conservatively" — *J. Bone and Joint Surg.*, t. XXIV, 1942; p. 447.
- GOTTFRIBÜREN (H.) — "Die Behandlung der akuten und chronischen Osteomyelitis in der Chirurgischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf-München" — *Med. Wochenschrift*, v. 86, 1939; p. 1378.
- GREEN (W. T.) e SHANNON (J. G.) — "Osteomyelitis in infants" — *Archives of Surgery*, v. 32, 1936; p. 462-493.
- QUERIN (R.) — "Osteomyelite aigue — Resection simultanée des tibias" — *Rév. d'Orthop.*, v. 24, 1937; p. 190.
- GUTIERREZ (A.) — "Tratamiento de la osteomielitis aguda y crónica" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 448.
- GUTIERREZ (A.) — "Tratamiento de la osteomielitis" — *Rev. Cirurgia Buenos Aires*, v. XIV, 1935; p. 40.
- GUTIERREZ (A.) — "El procedimiento de Avelino Gutierrez en el tratamiento de las osteomielitis crónicas" — *Rev. Cirurgia Buenos Aires*, v. XX, 1941; p. 143.
- HAMANT-GRUMILLIER — "A propos du traitement dans l'osteomyelite aigue" — *Rev. d'Orthop.*, v. 24, 1937; p. 73.
- HART (V. L.) — "L'osteomyelite aigue hematogene chez l'enfant" — *The Journ. Am. Med. Assoc.*, v. 108, 1937; p. 524-528.
- HAWK (C. L.) — "The treatment of osteomyelitis" — *J. Bone and Joint Surg.*, v. 15, 1933; p. 401-408.
- HERCQUET — "Ablation totale sous-periostique de la clavicule etc." — *Presse Méd.*, 24 mar. 1923, p. 276.
- HERNANDEZ (R. V.) — *Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires*, v. XIX, 1935; p. 1018.
- HELDEMANN (K. O.) — "Acute osteomyelitis — A clinical and experimental study" — *Surg. Gyn. Obst.*, v. 59, 1934; p. 25.
- HOLENAU (L. L.) — "The treatment of acute osteomyelitis" — *The Lancet*, v. 227, 1934; p. 867.
- HORSCH — "Therapeutische Erfahrungen mit der Löhrschen Lebertran gipsmethode bei der osteomyelitis" — *Arch. Klin. Chir.*, 1935; p. 184-1258.
- HORSCH (K.) — "Akute purulente Schlüsselbein osteomyelitis etc." — *Zentr. f. Chir.*, v. 64, 1937; p. 2577.

- HOYT (W. A.), DAVIS (A. E.), VAN BUREN (G.) — "Acute hematogenous Staphylococcic Osteomyelitis — Treatment with Sulfathiazole without operation" — J. Am. Med. Assoc., v. CXVII, 1941; p. 2043.
- HUG (G.) — Rev. d'Orthop., t. XIX, 1932; p. 665.
- INGELRANS (P.) — "Traitement précoce de l'osteomyélite aigue (non traumatique) des membres" — Rev. d'Orthop., t. XIX, 1932; p. 455-515.
- IVANISSEVICH (O.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XX, 1936; p. 163-164.
- JAEDICHE — "Zusätzliche diätetische Massnahmen bei spätfällen von osteomyelitis" — Arch. Klin. Chir. (Kongressbericht) — v. 196, 1939; p. 53.
- JAUREGUI (P.) — "Osteomielitis agudas y crónicas en el adulto — Tratamiento" — Relat. VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 200-288.
- JAUREGUI (P.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XX, 1936; p. 162 e 165.
- JENSEN (N. K.) e NELSON (M. C.) — "Local sulfanilamide in compound fractures; an experimental and clinical evaluation" — Surg. Gyn. Obst., v. 75, 1942; p. 34.
- JORGE (J. M.) e MEALLA (V.) — "Consideraciones sobre el tratamiento de las osteomielitis de los huesos largos" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 484.
- JORGE (J. M.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XV, 1931; p. 421 e 435.
- JORGE (J. M.) e MEALLA (V.) — "Diafisectomia de necesidad en las osteomielitis agudas" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XIX, 1935; p. 883.
- JORGE (J. M.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XIX, 1935; p. 895.
- JORGE (J. M.) — Idem, idem; p. 1177.
- JORGE (J. M.) e ROSENFELD (P. A.) — "Osteomielitis aguda del maxilar inferior" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XX, 1936; p. 141.
- JORGE (J. M.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XX, 1936; p. 165 e 290.
- JORGE (J. M.) e MEALLA (E. S.) — "Osteomielitis de la clavícula" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XXI, 1937; p. 1006-1014.
- JORGE (J. M.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XXII, 1938; p. 963.
- JOST (W. J.) — "Vaccinotherapie der akuten und chronischen osteomyelitis" XVII Congr. Russ. Chir., Leningrad 1925; res. Zentr. f. Chir., 1925.
- KEY (J. A.) — "Rational treatment of acute hematogenous osteomyelitis" — J. Am. Med. Assoc., v. 111, 1938; p. 2163.
- KEY (J. A.) e BUNFORD (T. H.) — "The prophylactic implantation of sulfanilamide in clean operative wounds of the reduction of postoperative infections" — Surg. Gyn. Ost., v. 73, 1941; p. 324.
- KEY (A.) — "Sulfonamides in the treatment of chronic osteomyelitis" — J. Bone and Joint Surg., t. XXVI, 1944; p. 63.
- KIRBY SMITH (H.) — "Acute osteomyelitis of the patella" — J. Bone and Joint Surg., t. XXIV, 1942; p. 942.
- KOCH (S. L.) — "Osteomyelitis of the bones of the hand" — Surg. Gyn. Obst., v. 64, 1937; p. 1-8.

- KRASNOBAIEW (T. P.) — "Behandlung des osteomyelitis acuta infectiosa" — XVII Congr. Russ. Chir., Leningrad, 1925; res. Zentr. f. Chir., n.º 38, 1925; p. 2125-2127.
- KRASNOBAIEW (T.) — "Le traitement de l'osteomyélite hématogène infectieuse aiguë" — La Chir. degli Org. di Mov., v. 10, 1926; p. 537.
- KRESSIN — "Postoperative lebertran behandlung bei akuter osteomyelitis" — Zentr. f. Chir., v. 64, 1938; p. 2187.
- KULOWSKI (Jacob) — "The Orr treatment of osteomyelitis and allied suppurative processes. A statistical analysis and discussion of 155 cases" — J. Bone and Joint Surg., v. XIII, 1931; p. 538.
- KULOWSKI (J.) — "Pyogenic osteomyelitis of the Spine. Analysis and discussion of 102 cases" — J. Bone and Joint Surg., v. 18, 1936; p. 343-364.
- KULOWSKI (J.) — "The Orr treatment of pyogenic osteomyelitis" — Ann. of Surg., v. 1936, p. 103.
- KULOWSKI (J.) — "Pyogenic osteomyelitis of the pelvis (analysis and discussion of 90 cases)" — Arch. of Surg., v. 35, 1937; p. 571-598.
- KULOWSKI (J.) — "The management of hematogenous pelvic osteomyelitis" — Surg. Gyn. Obst., v. 69, 1939; p. 312-326.
- LAGROT (F.) e COHEN SOLAL — "L'osteomyélite des apophyses épineuses" — Rev. d'Orthop., v. XIX, 1932; p. 311-318.
- LANCE — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir. Paris, v. 53, 1927; p. 1282.
- LANCE (A.) — "Die unspezifischen Entzündungen der Knochen" — Handbuch der speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie IX/4 v., Skelet und Skelet teile — Berlin, verlag von J. Springer, 1939; p. 1-73.
- LASSERRE (Ch.) — Rev. d'Orthop., v. XIX, 1932; p. 670.
- LAEWEN (A.) — "Ursache und Behandlung der osteomyelitis" — Arch. Klin. Chir. (Kongressbericht), v. 196, 1939; p. 403.
- LECÈNE (P.) — "Resection totale de la diaphyse péronière pour osteomyélite aiguë grave; régénération totale de cet os vérifiée 17 ans après" — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 1342.
- LECÈNE (P.) — "Chirurgie des os et des articulations des membres" — Masson & Cie., 1929; p. 139.
- LECÈNE (P.) — "Abscess central de la diaphyse radiale dû au staphylocoque doré chez un adulte. Trépanation, guérison" — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 1282.
- LECÈNE (P.) e LERICHE (R.) — "Thérapeutique Chirurgicale" — Masson & Cie., 1927, I v.; p. 415.
- LECLERC (G.) — "A propos de quelques aspects d'osteomyélite primitive de l'adulte" — Rev. d'Orthop., v. 25, 1938; p. 227-241.
- LE FORT (R.) — "Osteomyélite vertébrale" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXIII, 1936; p. 1406.
- LEROY (M.) e MULLER (M.) — "Osteomyelitis et traumatismes" — Annales de Médecine Légale, t. X, n.º 5, 1930; p. 361-430; res. Jour. Chir. Paris, t. XXXVI, v. 24; 1930.
- LEVEUF (J.) e BECHET (M.) — "La resection précoce dans l'osteomyélite aiguë des os longs pendant la période de croissance" — Rev. de Chir., v. 45, 1926; p. 119-155.
- LEVEUF (J.) — "Résultats de la resection précoce dans le traitement de l'osteomyélite aiguë des os longs chez trois adolescents" — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 593.

- LEVEUF (J.) — "Osteomyélite aigue post-traumatique chez un sujet de 61 ans — Resection de la diaphyse de l'humerus pour osteomyélite" — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 1285.
- LEVEUF (J.) — Bull. et Mém. Soc. Chir., v. 57, 1931; p. 915.
- LEVEUF (J.) — "Traitement de l'osteomyélite aigue des adolescents par la recesion précoce" — Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, v. 57, 1931; p. 1623.
- LEVEUF (J.) — "Resection secondaire précoce de la moitié inférieure d'une diaphyse femorale chez un sujet de seize ans atteint d'une osteomyélite aigue" — Bull. et Mém. Soc. Chir., v. 58, 1932; p. 596.
- LEVEUF (J.) — Rev. d'Orthop., v. XIX, 1932; p. 662.
- LEVEUF (J.) — Bull. et Mém. Soc. Chir., v. 60, 1934; p. 479.
- LEVEUF (J.) — "Le mécanisme de la régénération osseuse après resection d'une diaphyse atteinte d'osteomyélite" — Bull. et Mém. Soc. Chir., Paris, v. 60, 1934; p. 479.
- LEVEUF (J.) — "A propos de l'anatoxine staphylococcique" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 49.
- LEVEUF (J.) — "L'évolution spontanée des osteomyélites aiguës à tsaphylocoques dorés. Avantages du retard de l'intervention" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 296.
- LEVEUF (J.) — "Le thaitement de l'O. M. des adolescents" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 942.
- LEVEUF (J.) — "Les résultats de l'expectative dans les fores graves d'O. M. A. à foyers multiples avec état septicémique prolongué" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXIII, 1937; p. 1201.
- LEVEUF (J.) — "A propos de la communication de Sorrel et Guichard etc." — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXIII, 1937; p. 1248.
- LEVEUF (J.) — "Forme bacteriémique des osteomyélites aiguës et septicémies à staphylocoques" — Congr. Français de Chir., 1938; p. 537.
- LEVEUF (J.) — "Osteomyélite des adolescents" — Tratié de Chir. Orthop., Mathieu-Ombredanne, 1937; p. 201-221.
- LEHMANN — Arch. Klin. Chir., v. 196, 1939; p. 52.
- LEWEY (J.) e LECOCQ (E.) — "The use of neoarsphénamine in the treatment of acute staphylococcus aureus septicemia and osteomyelitis" — J. Bone and Joint Surg., v. XIII, 1941; p. 596.
- LEXER (E.) — "Zur experimentellen Erzündung osteomyelitischen Herde" — Arch. Klin. Chir., v. XLVIII, 1894; p. 181.
- LEXER (E.) — "Osteomyelitis — experimente mit einem spontan beim Kaninchen vorkommenden Eiterreger" — Arch. f. Klin. Chir., v. LII, 1896; p. 576.
- LEXER (E.) — "Experimente über osteomyelitis" — Arch. Klin. Chir., v. LIII, 1896; p. 266.
- LEXER (E.) — "Zur Kenntnis der streptokoken und Pneumokoken-osteomyelitis" — Arch. Klin. Chir., v. LVII, 1898; p. 879.
- LICHTENAUER — Arch. Klin. Chir., v. 196, 1939; p. 49.
- LIVINGSTON (S. K.) — "Results in compound fractures with osteomyelitis etc." — Surg. Gyn. Obst., v. 74, 1942; p. 546.
- LÖHR — "Die behandlung der akuten und chonischen osteomyelitis der köhrerknochen mit dem Lebertrangips" — Deut. Med. Wochr., 1936; res. Zentr. f. Chir., v. 64, 1937; p. 1283.
- LOMBARD (P.) — "Osteomyélite aigue des adolescents — Les perturbations de l'équilibre des albumines seriques au cours de l'osteomyélite" — Bull. et Mém. Soc. Chir., v. 60, 1934; p. 1339.

- LOMBARD (P.) — "Traitement de l'O. M. A. des adolescents" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 630.
- MCCARROL e KEY (A.) — "The present status of chronic osteomyelitis" — Surg. Gyn. Obst., v. 68, 1929; p. 1007.
- MCCOY (R. H.) e ROSS (D. E.) — "Acute hematogenous osteomyelitis" — Res. Arch. of Surg., v. 42, 1941; p. 177.
- McKEEVIN (K. C.) — "The role of chemotherapy in the treatment of hematogenous osteomyelitis" — The British Journal of Surg., v. XXX, julho 1943; res. J. Bone and Joint Surg.
- MCNEAL (W.) — "The infection organism in osteomyelitis — The bacteriology of bone infection" — J. Bone and Joint Surg., v. 19, 1937; p. 886-913.
- MAGENIE — "Osteomyelite aigue de la tibia traitée par infection intra-veineuse de bacteriophages" — Rev. d'Orthop, v. 23, 1936; p. 566.
- MANFIELD (J.) e MITCHELL (C. L.) — "Acute hematogenous osteomyelitis in the adult" — J. Bone and Joint Surg., v. XXIV, 1942; p. 647.
- MAROTOLI (O. R.) — "Consideraciones sobre el tratamiento de la osteomielite aguda" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 344.
- MAROTOLI (O.) — "Consideraciones sobre el tratamiento de las osteomielitis agudas" — Anales de Cirurgia Rosário, v. II, 1936; p. 42-53.
- MAROTOLI e CAYETANO INFANTE — "Abscesso de Brodie — Consideraciones" — An. Cir. Rosário, v. IX, 1943; p. 58-85.
- MATHIEU (P.) — "Osteomyelite aigue vertébrale — A propos de 5 cas" — Rev. de Chir., v. LXII, 1924; p. 96.
- MATHIEU (P.) — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 593.
- MATHIEU (P.) — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 1285.
- MATHIEU, PICOT, CRECHOT, THIERY, MAUCLAIRE, MOULONGUET, MOCHET A.), CADENAT — Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, v. 57, 1931; p. 634, 635, 636.
- MATHIEU (P.) — "Traitement précoce de l'osteomyelite aigue des os longs" — Bull. et Mém. Soc. Chir., v. 57, 1931; p. 1440.
- MATHIEU (P.) — "Le traitement retardé de l'osteomyelite aigue" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 581.
- MAUCLAIRE, DEHELLY, OKINCZYK, MOUCHET — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir. Paris, v. 53, 1927; p. 1289.
- MAUCLAIRE (P. C.) — "Maladies microbiennes des os — Osteomyelites" — in Traité de Chirurgie Clinique et opératoire, Le Dentu e Delbet, p. 592.
- MAZZINI (O.) e BOGETTI — "Consideraciones estadísticas y clinico-quirúrgicas sobre 322 observações de osteomielitis" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 383.
- MAZZINI (O. T.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XX, 1936; p. 165.
- METIVET (M.) — Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, v. 58, 1932; p. 600.
- METIVET (M. G.) — "A propos de la communication de M. Leveuf sur le traitement de l'O.M.A." — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 368.
- MEYERLING (H. W.) e CLEGG (H. W.) — "Modern treatment of osteomyelitis (including use of sulmanilamide and its derivatives)" — Am. Jour. Surg., v. 57, 1942; p. 56-64.
- MINS GAGE — "Acute hematogenous osteomyelitis juvenalis" — Surg. Gyn. Obst., v. 76, 1943; p. 123.

- MOIROUD (P.) — "Osteomyelite des os longs et fièvre typhoïde" — Presse Méd., v. 45, 1937; p. 980.
- MORAES (F.) — "Osteomyelite de l'humerus — Resection tardive etc." — Rev. d'Orthop., v. 26, 1939; p. 332.
- MORENO (I. G.) e BOFFI (C.) — "El método de H. Winnett Orr en el tratamiento de la osteomielitis aguda en el niño" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 441.
- MORENO (I. G.) — "Grave fractura exquesta infectada de la pierna. Método de Winnett Orr" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XX, 1936; p. 1259.
- MORENO RIVAROLA — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XV, 1931; p. 423.
- MOST — Arch. Klin. Chir. (Kongressbericht), v. 196, 1939; p. 56.
- MOTTA MAIA — "O tratamento das osteomielites pelo processo de André Maurice" — Rev. Bras. Cir., v. VII, 1938; p. 19.
- MOUCHET (A.) — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir. Paris, v. 53, 1927; p. 423.
- MOUCHET (A.) e ARDOUIN (G.) — "Trois observations de resection diaphysaire. Étendue pratique il y a un an etc." — Rev. d'Orthop., v. XIX, 1932; p. 661.
- MURO (E. V.) — "Tratamiento de las osteomielitis agudas y crónicas. Procedimiento de Winnett Orr-de Löhr" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 289.
- OBERTHUR (H.) — "Onze observations de resection diaphysaire pour osteomyelite des adolescents" — Bull. et Mém. Soc. Chir., v. 60, 1934; p. 474.
- OCKINCZYC — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 595.
- OLLIER (L.) — "Traité des resections", tomo I, 1885; pp. 409, 438, 418, 421.
- OMBREDANNE — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 423.
- OMBREDANNE (L.) — "Précis clinique et opératoires de Chirurgie Infantile" — Masson & Cie, 1932.
- ORR (H. W.) — "The treatment of osteomyelitis and other infected wounds by drainage and rest" — Surg. Gyn. Obst., v. 45, 1927; p. 446-464.
- ORR (W.) — "A new era in the treatment of osteomyelitis and other infections" — The Bruc Publish. Co, St. Paul, Minnesota, 1930.
- ORR (W.) — "Fractures and osteomyelitis of pelvis" — Surg. Gyn. Obst., v. 54, 1932; p. 673.
- OTTOLENGHI (C.) — "Osteomielitis de la rama isquio-pubiana" — Rev. de Ortop. y Traumat., Buenos Ayres, v. III, 1934; p. 325.
- OTTOLENGHI (C. E.) e ALARCÓN (F.) — "Osteomielitis vertebral" — Rev. de Ortop. y Traumat., Buenos Ayres, v. V, 1935; p. 135.
- OTTOLENGHI (E.) e DELRIO (M.) — "Osteomielite aguda en el calcáneo" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XIX, 1935; p. 576.
- OTTOLENGHI (C.) Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XXII, 1938; p. 963.
- PASMAN (R.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, vol. VI, 1922; p. 262.
- PASMAN (R.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, vol. XIII, 1929; p. 280.
- PATEL (J.) e MOIROUD (P.) — "Formes cliniques et traitement des septiémies à staphylocoques d'ordre chirurgicale" — Cong. Français de Chir., 1938; p. 371-529.
- PAYR — Arch. Klin. Chir. (Kongressbericht), v. 196, 1939; p. 48.



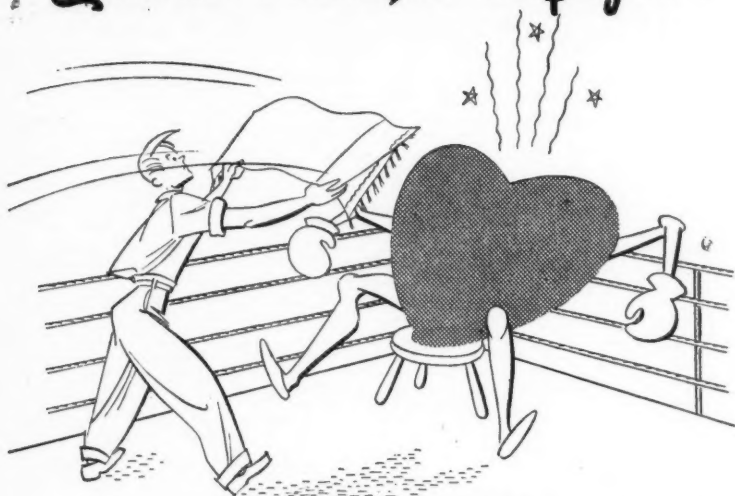
- PEREZ (I. P.) — "Estúdio crítico sobre el tratamiento de la osteomielitis hematogena — Revisión de 300 casos" — *Cirurgia, Ortopedia y Traumatol.*, v. 81, 1943.
- PEYCELON (R.) — "A propos des suppurations osseuses metastatiques à staphylocoques etc." — *Rev. d'Orthop.*, t. 26, 1939; p. 33-44.
- PHILIPOWICZ (Z.) — "Die blutige und unblutige behandlung de akuten und chronisch osteomyelitis" — *Res. Zentr. f. Chir.*, v. 63, 1936; p. 2211.
- PHILICOWICZ (J.) — "Prinzipielles zur behandlung der akuten osteomyelitis und ihrem komplikationen" — *Zentr. f. Chir.*, v. 64, 1937; p. 1540.
- PICQUE (J. A.) e VALLS (Jorge E.) — "Osteomielitis aguda del iliaco" — *Rev. Ort. y Traumat.*, v. VII, 1937; p. 1-28.
- PINTO DE SOUZA (O.) — "Temas Ortopédicos" — *Empr. Gráfica Revista dos Tribunais, São Paulo*; p. 84-108.
- PIQUET A.J.Q — "A propos de certains formes d'osteomyelite simulant coxalgie — Les arthrites de la hanche consécutives aux osteomyelites de la partie superiure du fémur" — *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, v. 53, 1927; p. 423.
- PONOMAREW (Z. I.) — Über behandlung der akuten osteomyelitis im Otuchowkrankenhaue (Leningrad)" — XVII Congr. Russ. Chir. in Leningrad, 1925; res. *Zentr. f. Chir.*, v. 38, 1925; p. 2126.
- PRINI (I) — *Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres*, v. XXII, 1938; p. 958.
- PROUST, MÉTIVET, OKINCZYK, SORREL — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, v. 60, \*1934; p. 483, 484.
- RICHARD (A.) — *Rev. d'Orthop.*, v. XIX, 1932; p. 672.
- RICHARD (A.) — "Greffes pous pseudartroses après resections diaphysaires pour O.M.A." — *Mém. Acad. Chir. Paris*, t. LXIII, 1937; p. 1186.
- RICHARD (A.) — "Forme septicénique d'osteomyelite" — *Mém. Acad. Chir. Paris*, t. LXV, 1939; p. 208.
- RIVAROLA (R.) — *Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres*, v. XIII, 1929; p. 281.
- RIVAROLA (R.) e DETCHESSANY — "Diapiseetomia sub-perióstica en las osteomielitis agudas de la tibia" — *Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres*, v. XV, 1931; p. 408.
- RIVAROLA (R.) e DETCHESSANY (R.) — "Diafisectomia sub-perióstica en las osteomielitis agudts de la tibia e nlos niños" — *Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres*, v. XIX, 1935; p. 1029.
- ROBERTSON (D. E.) — "Acute hematogenous osteomyelitis" — *J. Bone and Joint Surg.*, v. 20, 1938; p. 35-47.
- ROBERTSON (D. E.) — "El tratamiento médico de la osteomielitis hematogena" — *Ann. Surg.*, trad. esp., v. 2, 1943; p. 1264.
- RODRIGUEZ (M. C.) e MAINETTI (J. M.) — "Contribución al estúdio de la osteomielitis no traumática de los huesos largos. Tratamiento" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 297.
- SAGEL (Jacob) — "Acute osteomyelitis of the patella" — *J. Bone and Joint Surg.*, v. 16, 1934; p. 959.
- SALMON (M.) — "As propos du traitement de l'osteomyelite" — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Marseille*, t. XI, 1937; p. 79, 89 e 120.
- SANTI (E.) — "L'osteomyelite dans les premières années de la vie" — *Archivio Ital. Chirurgia*, v. 38, 1934; p. 1-21.
- SCHEIN (A. J.) — "Bacillus pyocyaneus osteomyelitis of the spine (report of a case of successful treatment with sulfanilamida)" — *Arch. of Surg.*, v. 41, 1940; p. 740-746.

- SCHEMAN (J.), JANOTA MAC LEWIS (P.) — "The production of experimental osteomyelitis. Preliminary osteomyelitis" — J. Am. Med. Assoc., v. CXVII, 1941; p. 1525.
- SHEHADT (W. H.) — "Primary pyogenic osteomyelitis of the articular process of the vertebrae" — J. Bone and Joint Surg., v. 21, 1939; p. 969-975.
- SOLÉ (R.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XIII, 1929; p. 279.
- SORREL (E.) — Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, v. 57, 1931; p. 620.
- SORREL (E.) e OBERTHUR — Rev. d'Orthop., v. XIX, 1932; p. 674.
- SORREL (E.) — "A propos du traitement des O.M.A. à staphylocoques" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 769.
- SORREL (E.) — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXIII, 1937; p. 1201.
- SORREL (E.) e GUICHARD (R.) — "Résultats éloignés des resections diaphysaires dans les O. M. A. Leurs indications" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXIII, 1937; p. 1172.
- SORREL (E.) e GUICHARD (R.) — "Indications et resultatis de la resection diaphysaire dans le traitement de l'osteomyelite aigue" — Rev. de Chir., ano 58, 1939; p. 89-120.
- SPEED (K.) — "Acute Osteomyelitis" — Tribuna Annales de Cirurgia, versión castellana, v. 3, n.º 2, 1944; p. 292.
- STARR (L. L.) — "Acute hematogenous osteomyelitis" — Arch. Surg., v. IV, 1922; p. 567.
- STEWART (M. A.) — "A new treatment of osteomyelitis" — Surg. Gyn. Obst., v. 58, 1934; p. 155-165.
- SUSSINI (M.) — "Trepanación precóz en la osteomielitis aguda" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. VI, 1922; p. 245.
- SUSSINI (M.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. VI, 1922; p. 266.
- TAMINI (L.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. VI, 1922; p. 255.
- TAMINI (L. A.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XV, 1931; p. 567.
- TAMINI (L. A.) e PICQUÉ (J. A.) — "Tratamiento de las osteomielitis por el método de Mendez (cavidad cerrada)" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 316.
- TOSONOTTI — "Osteite diafisaria sub-aguda localizada do adulto" — La Chirurgia degli Organi di Movimento, outubro 1936; p. 357.
- TREVES (A.) — Rev. d'Orthop., t. XIX, 1932; p. 667.
- URZUA (R.) — "Osteomielitis de la tibia — Diafisectomia y trasplante del peróneo" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XXII, 1938; p. 956.
- VALLS (J.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XV, 1931; p. 422.
- VALLS (J.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XIX, 1935; p. 883.
- VALLS (J.) e MUSCOLO (D. T.) — "La resección diafisaria en la osteomielitis" — VII Congr. Arg. Cir., 1925; p. 430.
- VALLS (J.) e OTTOLENGHI (C. E.) — "Consideraciones sobre el tratamiento de la osteomielitis" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 423.
- VIÑAS (M.), AGUIRRE (G. J.) e RIVARA (L. T.) — "Osteomielitis — Coméntarios a la estadística" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 417.
- VORCHÜTZ (J.) — "Berichtigung zur Frage der superiostalen Resection des Knochens bei Osteomyelitis" — Zentr. f. Chir., v. 66, 1939; p. 2292.
- VORCHÜTZ (J.) — Arch. Klin. Chir., v. 196, 1939; p. 46.
- WEAVER (J. B.) e WHELAN TYLER — "Experimental staphylococemia and hematogenous osteomyelitis" — J. Bone and Joint Surg., t. XXV, 1934; p. 791.



- WEBER (F. K.) — "Über behandlung des osteomyelitis im Kindes alter" — XVII Congr. Russ. Chir. in Leningrad, 1925; res. Zent. f. Chir., n.º 38, 1925.
- WEBER (L. A.) e PATERSON TOLEDO — "Tratamiento de la osteomielitis" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 378.
- WILENSKY (A.) — "La pathogénie et le traitement de l'osteomyélite aigue des machoires chez les nourrissons et les enfants" — Amer. J. of Diseases of Childr., v. XLIII, 1932; p. 430-441; res. Rev. d'Orthop.
- WILENSKY (A. D.) — "Mechanism and pathogenesis of acute osteomyelitis" — Am. J. Surg., III, 1927; p. 281-289.
- WILENSKY (A. D.) — "Osteomyelitis of the vertebrae" — Ann. of Surg., v. LXXXIX, 1929; p. 561.
- WILENSKY (A.) — "Acute hematogenous osteomyelitis (classification of the cases of acute hematogenous osteomyelitis as determined by therapeutic indications — Results of operative treatment)" — Arch. of Surg., v. 34, 1937; p. 320-336.
- WILENSKY (A.) — "Value of chemotherapy in the treatment of osteomyelitis" — Arch. of Surg., v. 44, 1942; p. 234-259.
- WILENSKY (A.) — "Osteomyelitis chemotherapy (with sulfanilamide and its derivatives)" — Am. J. Surg., 47, 1942; p. 76-82.
- WILENSKY (A. D.) — "Osteomyelitis" — The MacMillan Co, 1934.
- WILENSKY (A.) — "Acute osteomyelitis" — Tribuna Annales de Cirugia, versión castellana, v. 3, n.º 2, 1944; p. 292.
- WILENSKY (A.) — "Modern treatment of acute hematogenous osteomyelitis of long bones" — Connecticut Med. Journal, v. 7, -943; p. 26 (não consultado).
- WILSON (J. C.) e MCKEEVER (F. M.) — "Hematogenous acute osteomyelitis in children" — J. Bone and Joint Surg., v. 18, 1936; p. 328-332.
- WILSON (J. C.) e MCKEEVER (F. M.) — "Bone growth disturbance following hematogenous acute osteomyelitis" — J. Am. Med. Assoc., v. 107, 1936; p. 1188-1193.
- WILSON (J. C.) e MCKEEVER (F. M.) — "The role of sulfonamide drugs in the treatment of hematogenous osteomyelitis" — J. Bone and Joint Surg., t. XXV, 1943; p. 41.
- WUEDENSKI (K. K.) — "Zur behandlung der osteomyelitis acuta und ihrer Folgen" — XVII Cong. Russ. Chir. in Leningrad, 1925; res Zentr. f. Chir., n.º 38, 1925.
- ZANOLI (R.) — "Osteomielite vertebrae" — La Chirurgia degli Organi di Mov., v. XIV, 1930; p. 673.
- ZENO e CAMES — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XV, 1931; p. 491.
- ZENO (L.) — "El método de Orr en las fracturas complicadas" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XXIII, 1939; p. 194.
- ZENO (L.) — "Osteogénesis en las fracturas y en los procesos inflamatorios esqueléticos" — Rev. de Ortop. y Traumatol., v. IV, 1935; p. 327-371.
- ZENO (L.) e MAROTOLI (O. R.) — "La patelectomia en las lesiones crónicas de la rótula" — Rev. Ortop. y Traumatol., v. XI, 1941; p. 124.
- ZENO (L.) — "El método de Orr en las fracturas complicadas" — Ann. Cir. Rosário, v. V, 1939; p. 150-159.
- ZENO (L.), CAMES (D.), CDBALLOS (A.) — "Sobre a diafisectomia sub-periostica no tratamento da osteomielite dos ossos longos" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XV, 1931; p. 491.

# Quando o coração fraqueja ...



... A TERAPÊUTICA É  
*Digitalina*  
**Rhodia**

Ao prescrever Digitalina  
convém especificar sempre  
a marca "RHODIA"

**VIDROS DE 10 cm<sup>3</sup>**

★ CORRESPONDÊNCIA: RHODIA - CAIXA POSTAL 95-B — SÃO PAULO ★

R. 6-345

PANAM — Casa de Amigos

## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

## Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL EM 4 DE  
DEZEMBRO DE 1944

**Actinomicose do braço e ante-braço produzido pelo "Actinomyces Albus".** — Dr. Carlos da Silva Lacaz. — A raridade da localização dos micetomas actinomicóticos no braço e ante-braço, motivou a presente comunicação.

Trata-se de um trabalhador rural, internado na 4.<sup>a</sup> M. H. da Sta. Casa de São Paulo, com uma actinomicose do braço e ante-braço. Lesões ósseas foram constatadas.

O exame microscópico do pus e a biopsia de uma lesão nodular permitiram esclarecer o diagnóstico.

As culturas obtidas possuem caracteres que lembram o *Actinomyces albus*.

O Autor analisa com minúcias todas as provas laboratoriais realizadas, fazendo um estudo

Presidente: Dr. Gastão Rosenfeld

completo do actinomiceto responsável pelas lesões.

Comentários: — Dr. J. L. Pedreira de Freitas — Desejo saber se o A. tentou a inoculação em animais a partir do germe colhido diretamente das lesões e não de cultura. No caso dos cogumelos não sei se há diferença apreciável, mas no caso de protozoários a inoculação do germe da própria lesão é muito mais frequentemente positiva do que aquela a partir de cultura.

Dr. Renato R. Corrêa — Quero solicitar um esclarecimento no tocante à localização regional das actinomicoses, que se localizam em regiões diferentes do corpo, de conformidade com a distribuição geográfica. Desejaria saber qual a razão dessa disparidade.



## Laboratório de HORMOTHERAPIA

Alché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462  
Rua Xavier de Toledo, 84 - 4.º

## Hormostricnino Masculino

Solução de 10,001 miligrama de sulfato de stricnina em c.c. de Soro Hormônico Masculino.

## Hormostricnino Feminino

Solução de 0,001 miligrama de sulfato de stricnina em 1 c.c. de Soro Hormônico Feminino.

Indicado nas astenias e nas fraquezas medulares, esgotamento nervoso, fadiga intelectual, etc.

DOSES: UMA EMPOLA DIARIAMENTE OU EM DIAS ALTERNADOS

Dr. Carlos da Silva Lacaz — Respondendo ao Dr. Pedreira de Freitas, devo dizer que há trabalhos muito interessantes a respeito de inoculações experimentais.

Não tentei a inoculação, a partir dos grãos parasitários, porque a contaminação secundária era muito grande e poderia prejudicar os resultados da experimentação.

O fato de não ter obtido reprodução experimental de lesões, não invalida, porém, o diagnóstico.

Quanto ao Dr. Renato Corrêa, devo mencionar trabalhos interessantes, que mostram variações nas localizações, em correspondência com fatores os mais diversos.

Assim, no Brasil, predomina a localização podal dos micetomas, sendo estas micoses freqüentemente observadas entre os trabalhadores rurais que, por andarem sem calçado, sofrem com maior intensidade as injúrias que a luta pela vida lhes impõem. Assim, os actinomicetos são veiculados ao organismo através de pequenos fragmentos vegetais ou corpos extranhos. Trata-se, pois, de uma "actinomicose exógena".

**Malária quartã no Estado de S. Paulo.** — Dr. Gastão Rosenfeld. — O autor apresenta o 15.º caso de malária quartã autóctone do Estado de São Paulo. Tinha quadro clínico atípico que não sugeria o diagnóstico de malária. O exame do sangue periférico mostrou muito raros gametócitos de *Plasmodium malariae* e a punção esplênica mostrou parasitas ainda mais raros.

O autor fez comentários sobre a importância epidemiológica da forma clínica apresentada pelo paciente.

Comentários: — Dr. Augusto Leopoldo Ayroza Galvão. — Querria saber se há indícios anteriores, de muitos anos, se os doentes teriam tido outra febre palustre.

Dr. Renato Corrêa: — Adquirir essas idéias no decorrer de constantes inquéritos epidemiológicos que

tenho. Alguns deles foram feitos em época de calmaria de malária, aqui no Estado de São Paulo, isto é entre os meses de junho e outubro. Tive ocasião de observar inúmeros casos de pessoas com sangue positivo e que não acusavam nenhum sintoma clínico de malária. Dai então me veio a idéia de que o *Plasmodium malariae* embora raro fosse mantido, porque pessoas aparentemente sãs seriam portadoras desse parasito.

Dr. Mauro Perreira Barreto: — Peço licença para discordar em um ponto. Emite o Autor a hipótese de que casos de infecção inaparente como este que acaba de ser relatado sejam devidos a inoculação de pequenas doses de esporozoítos por mosquitos pouco infectados. Todavia, os estudos feitos em malária experimental demonstram que, se o período de incubação, ou melhor o período prepatente, pode variar com a dose de parasitos inoculados, sendo tanto menor quanto maior a carga de germes, a gravidade da infecção, um índice do qual é a parasitemia, não parece depender daquele fator. No caso relatado, a pequena gravidade da infecção pode depender mais da resistência individual.

Dr. Gastão Rosenfeld: — Ao Dr. Ayroza Galvão, respondo que o doente era filho de italiano. Só tinha viajado para fora de São Paulo, quando passou a ser chofer de caminhão. Era um indivíduo extraordinariamente robusto, corado e forte, que nunca tinha tido doença alguma, não se lembrava de ter ficado doente. Essas viagens que fez para Santos foram as primeiras que ele fez ao litoral. O baço não era duro e passava só dois dedos do rebordo.

Ao Dr. Mauro Pereira Barretto, talvez na discussão deste assunto, apareça um outro caso para resolver essa questão, que é melhor não dar por encerrada já, para não responder por hipóteses. Aguardemos, para noutra ocasião respondermos com fatos. Tenho a

impressão de que indivíduos como esse, portadores de poucos gametócitos no sangue circulante, e apesar de serem reservatórios permanentes não terão probabilidades de infectar muitos mosquitos num lugar, o que tornará a moléstia mais rara e as infecções menos massiças, pois haverá poucas chances para que sejam picados por mais de 1 ou 2 mosquitos infectados. Forma-se, assim um ciclo de formas pouco evidentes causadas por infecções pouco massiças que por sua vez disseminarão a moléstia por poucos anofelinos e assim por diante.

Como prova prática de que a infecção pode ser grave devido à massicez da infecção posso citar o caso de um cliente que indo caçar, por muitos dias ficou com vários companheiros num lugar em que havia maleitosos permanentemente. Todos tiveram formas gravíssimas de malária, tendo esse cliente ficado com febre durante 8 meses apesar de muitos tratamentos. Outro permaneceu nesse estado por mais de 1 ano. Parece que houve infecção massiça em todos eles por excesso de picadas de numerosos anofelinos infectados.

Dr. Mauro Pereira Barreto: — Quero apresentar alguns dados concretos: 1) em malária humana experimental (*P. vivax*), Boyd (1940) verificou que a inoculação de doses de parasitas superiores a 100 milhões é seguida de um período de incubação médio de 4,25 dias; este período aumentou a medida que a dose de parasitas inoculados diminuiu, sendo de 11,0 dias em média, em indivíduos inoculados com 1 milhão de germes. Todavia, a gravidade da infecção e a intensidade da parasitemia, não mostraram relação com o número de parasitas inoculados. 2) Em malária aviária (*P. galinaceum*) o Dr. Pedreira de Freitas e eu verificamos a mesma coisa; aves de 300-350 gramas inoculadas com 10 parasitos por via intramuscular exibiram período prepatente médio de 16,9 dias, enquanto aves injetadas com 1 bilhão de germes mostraram período prepatente médio de 4,5 dias. Todavia não observamos diferenças significativas no grau de parasitemia nos dois grupos de animais.

Dr. Ayroza Galvão — A dificuldade de transmissão do *Plasmodium malariae* é muito maior do que a do *Plasmodium vivax*.

#### SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA EM 5 DE DEZEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. Paulo Pinto Pupo

**Convulsoterapia pela acetilcolina — Estudo clínico e experimental do choque vascular.** — Dr. Farid Demétrio. — O autor salienta a importância do método de Fiamberti para o tratamento das doenças mentais. Focaliza os profundos distúrbios vasos-motores encontrados nas psicoses. Considera que a acetilcolina pode ser injetada na veia rapidamente em doses crescentes, chegando a dose convulsivante sem provocar qualquer inconveniente. Produz, com isso o choque vascular por uma vasodilatação intensa, melhorando os sintomas vasos-motores e consequentemente as doenças mentais.

Foram feitos trabalhos experimentais, nos quais foi observado o mecanismo de ação da acetilcolina, em grandes doses, inoculada na veia do cão, e a influência da droga sobre a pressão arterial, a respiração e a vasomotricidade.

A convulsoterapia pela acetilcolina foi aplicada em 6 casos de esquizofrenia e 2 casos de psicose "post-partum". A técnica de aplicação é aproximadamente idêntica aos métodos comuns. As doses são: inicial, 0,10 grs. e as seguintes, aumentadas de 0,05 grs. de cada vez, até a obtenção das convulsões. Seja qual for a dose, a acetilcolina é sempre diluída em

2 cc de água destilada. O número de injeções para um tratamento completo varia de 10 a 30, na média de 3 injeções por semana. Os resultados obtidos foram, de modo geral, os seguintes: 2 remissões totais em esquizofrênicos e 2 remissões totais nos casos de psicose "post-partum". Dos 4 doentes esquizofrênicos restantes 1 teve melhora clínica: os 3 outros permaneceram inalterados.

**Amiotrofia peroneira. A respeito de 2 casos, em irmãs de amiotrofia Charcot-Marie, em forma de transição para moléstia de Friedreich.** — Dr. Roberto Melaragno Filho. — No presente trabalho são feitas considerações em torno de duas irmãs, cujo quadro clínico era quasi superponível e que permitia firmar, desde logo, o diagnóstico de amiotrofia Charcot-Marie. Entretanto, ambos os casos apresentavam alterações da sensibilidade objetiva profunda, além de pés extraordinariamente deformados e, em uma das irmãs, desvios da linha espondilêia. Na descrição corrente da sintomatologia da amiotrofia peroneira, citam-se como possíveis as alterações da sensibilidade profunda, de modo que os casos apresentados poderiam ser diagnosticados como amiotrofia Charcot-Marie típica. Todavia, o autôr considera que os casos puros dessa entidade são exclusivamente motores, por lesão do neurônio motor periférico. Qualquer alteração da sensibilidade profunda dá ao caso uma nota transicional para moléstia de Friedreich, com a qual, aliás, a amiotrofia Charcot-Marie apresenta estreito parentesco, não passando mesmo, a rigôr, de uma sua variante. As formas transicionais para a doença de Friedreich ou para os demais tipos de heredo-degenerações espinho-cerebelares constituem a regra; as formas consideradas como puras são mais raras. Assim, cita o A. os casos de Longo, Pupo e Giorgi em que

dois irmãos com amiotrofia do tipo peroneiro apresentavam nítidos sinais de piramidalismo; seriam formas de transição para a paraplegia espástica de Strümpell-Lorrain. As diversas necrópsias realizadas de doentes diagnosticados como amiotrofia Charcot-Marie, corroboram o ponto de vista exposto: realmente, ao lado de lesões das células radiculares motoras, têm sido verificadas alterações histológicas do funículo posterior-substrato orgânico essencial da doença de Friedreich. Os exames neurológicos desses pacientes, demonstraram entretanto, que seus distúrbios não eram motores puros, pois as alterações da sensibilidade profunda eram pronunciadas: tratava-se de casos, segundo o conceito defendido pelo A., de formas de transição para moléstia de Friedreich.

Os casos apresentados pelo A. ofereciam outros aspectos interessantes. Assim, os membros inferiores apresentavam a clássica "atrofia em liga" ("en jarrettière"), mas os músculos das raízes das coxas demonstravam quasi total deficit motor, quer ao exame clínico quer ao elétrico. Conclui-se que nem sempre o trofismo aparentemente normal dos músculos proximais dos membros, nos casos de amiotrofia Charcot-Marie, denota boa energia contrátil. A biopsia praticada no músculo quadriceps crural revelou uma degeneração gordurosa das fibras musculares; em contraposição, o exame histológico do músculo tibial anterior, pronunciadamente atrofiado ao exame clínico, demonstrou degeneração e diminuição de volume das fibras musculares. Outra questão que mereceu atenção, foi a patogenia das alterações do neurônio motor periférico, sendo discutidas as diversas hipóteses até agora propostas. Finalmente, o A. inclui a amiotrofia Charcot-Marie no conceito patogênico de Rabinowitsch formulado a propósito da doença de Friedreich

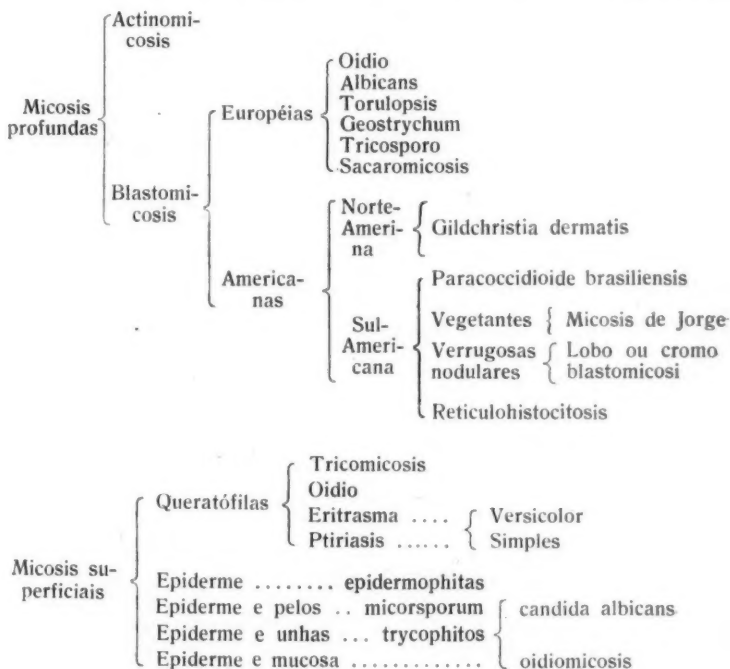


# SECCÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA EM 24 DE NOVEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. J. da Fonseca Bicudo Junior

**Dermatomicoses.** — Prof. Dr. Paulo Negroni. — O conferencista faz um ligeiro histórico da sua vinda ao Brasil há seis anos e enaltece a escola micológica pau-

lista. Divide as dermatomicoses em dois grandes grupos: profundas e superficiais, subdividindo estes em numerosos sub-grupos de acordo com o quadro que segue.



Depois de esmiuçar cada uma dessas entidades sob o aspecto clinico, micológico, e eventualmente radiológico, tece longos comentários em relação a terapêutica, encarando-a de modo excessivamente prático e útil. Finaliza enaltecendo a vacino-terapia em micologia e a sulfamidoterapia.

**Distrofia colagênica liquenoide.** — Prof. Dr. Mário Artom e Dr. Humberto Cerruti. — Os autores

expõem o caso clínico de um indivíduo de 20 anos de idade, sem antecedentes mórbidos pessoais nem familiares dignos de nota, o qual apresenta uma dermatose com as seguintes características clínicas: elementos numerosos isolados e miliariformes com distribuição preponderante na superfície anterior do torax, de cor branca mas sem os caracteres clínicos das atrofodermias. O exame histopatológico de uma das lesões eviden-

cia como substrato patológico processo proliferativo das fibras colagênicas sem o menor vestígio de alterações degenerativas.

Depois de ter referido os dados laboratoriais, os autores discutem o diagnóstico diferencial, tomando em consideração as seguintes entidades nosológicas: a) — as atrofodermias e particularmente as anetodermias, b) — o pseudoxantoma elástico na sua forma papulosa, c) — as esclerodermias em gotas, o liquen atrófico escleroso e formas similares.

Concluem que em nenhuma destas entidades pode ser enquadrado o caso apresentado. Evidenciam os pontos de contato dos característicos clínicos e histopatológicos do caso com os de forma de distrofia albobapulóide da epidermolise bolhosa. Excluem, entretanto, que no doente se possa fazer o diagnóstico de epidermolise bolhosa, por faltarem todos os sintomas clássicos que lhe são peculiares.

Na dificuldade de chegar a um diagnóstico, os autores compulsaram a bibliografia precedente, encontrando um único caso muito semelhante ao descrito, ainda não enquadrado pelo autor em nenhuma das entidades mórbidas conhecidas.

Como conclusão, os autores revelam a importância que as distrofias das fibras colagênicas têm em dermatologia e expõem as dúvidas que existem sobre tal argumento, afirmam a necessidade de ulteriores estudos. Somente estes poderão levar a uma classificação exata das formas de distrofias das fibras colagênicas, as quais, como a apresentada, ainda não podem ser consideradas variedades mórbidas individuais.

Comentários: — Prof. Dr. Aguiar Pupo — Chama a atenção pela feliz e precisa denominação que deram ao seu diagnóstico, porquanto encerra a exatidão do aspecto clínico e histopatológico apresentado pelo paciente. Em segui-

da lembra que em companhia do Prof. Artom voram há tempos no serviço do dr. Ayres Netto na Santa Casa uma doente de "White spot diseases", com lesões puntiformes muito idênticas às do caso apresentado mas que simultaneamente existiam lesões mais avançadas formando placas extensas e bem individuadas de esclerodermia. Era um caso interessantíssimo que infelizmente não pôde ser completamente estudado pelo fato da doente ter saído logo da enfermaria.

**Considerações sobre um caso de alopecia generalizada curado pela terapia endocrina.** — Dr. Gustavo Friozi. — Comentários. — Prof. Dr. J. Aguiar Pupo. — Este caso é notável pela extensão da alopecia. O resultado terapêutico foi brilhante. Esta questão do hipertiroidismo e pelada, foi abordada no início das nossas reuniões dermatológicas, pelo dr. Alcântara Madeira que, infelizmente não insistiu nos estudos como deveria. A doente apresenta percentagem muito alta, nas alterações do metabolismo de base com mais 60% o que é de grande importância na indicação da medicação anti-tiroídiana. Tenho observado casos idênticos com frequência, empregando a medicação anti-tiroídiana com grande êxito. O exame preliminar nos casos de pelada é o do metabolismo, que nos casos em que está aumentando, são casos sempre de bom prognóstico, porque se encontra um elemento orientador para uma terapêutica segura. Quando são casos de instabilidade da tireóide, com leves aumentos ou diminuições, ou ainda, de metabolismo normal, luta-se muito para obter resultado. Com a administração de dois comprimidos diários de "Diodotirosina Roche" e a medicação complementar como uso do complexo vitamínico B, pelo efeito que exerce a lacto-flavina e o ácido panthotênico obtém-se bons resultados. A medicação anti-tiroídiana pelo soro anti-tiroídiano de Moe-

buis de Merck dá resultados muito mais seguros na pelada com hipertiroidismo. Aplica-se o soro anti-tiroidiano 5 gotas, duas vezes ao dia, ou 10 gotas duas vezes ao dia, ou ainda 2 a 4 comprimidos diários do mesmo medicamento, sendo visível a pilogênese. O tempo de administração é de 20 dias por mês, no curso de 3 meses de tratamento.

Prof. Dr. Mário Artom — Tenho a impressão que no campo da pelada predomina no Brasil o conceito da origem focal sobre o conceito da origem endócrina mais admitida na Europa. Eu concordo com o Prof. Aguiar Pupo que os resultados da anti-tiroidina, em

alguns casos, são mais evidentes do que os da di-iodotiroxina. Na América do Norte se está experimentando uma nova substância inibidora da ação do hormônio circulante, isto é, o tirouracile, mas é muito delicado e perigoso o seu uso, tendo já sido publicados casos de agranulocitose mortal. Uma série de resultados interessantes na alopecia generalizada foram obtidos com a roentgenerapia simpática aplicada entre nós com sucessos em alguns casos pelo colega dr. Fonseca Bicudo. Tive a oportunidade de ver recentemente um caso de forma generalizada numa moça de 17 anos, curada com uma série de röntgenerapia simpática.

#### SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFIOGRAFIA EM 12 DE DEZEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. J. da Fonseca Bicudo Junior

**Sífilis secundária — Tratamento em cinco dias.** — Dr. Mendes de Castro. Acadêmico Newton Lima Azevedo. — Os AA. apresentam um doente tratado com doses fracionadas de Arsenox em cinco dias sucessivos.

É o segundo doente tratado por esse método e cuja observação fora publicada em fevereiro de 1943, na "Gazeta Clínica", de S. Paulo. Observaram a regressão das placas mucosas, lesões hiper-

tróficas do escroto e diminuição do condiloma perianal.

A reação de Wassermann que era positiva antes do tratamento, continuou positiva, mesmo, após 8 dias, da terminação do mesmo. O doente deverá continuar em observação.

Os AA. tecem comentários sobre o caso apresentado, dizendo da razão do emprego do método e discutem os resultados obtidos.

#### SECÇÃO DE PEDIATRIA EM 13 DE NOVEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. Vicente Lara

**Exame do fundo de olho para esclarecimento de diagnóstico** — Dr. Antônio de Almeida — Comentários. — O Dr. Antônio de Almeida, embora discorresse sobre o fundo de olho, fez uma conferência verdadeiramente cristalina.

É com o fundo de olho de nossos doentinhos que, vezes sem conta, conseguimos alargar os nossos horizontes clínicos, máxime, no que diz respeito à identifica-

ção do fator etiológico dos males que os infelicitam.

Tão capital é a sua importância, que os pediatras ingleses e norte-americanos procedem, eles próprios, ao exame sistemático do fundo do olho de todas as crianças que examinam clinicamente, independente da idade que elas tenham e da doença que as acometa.

Para esse objetivo servem-se de um oftalmoscópio elétrico, do qual há diversos modelos, que oferece a vantagem de poderem as suas peças ser substituídas pelas de um otoscópio, podendo, assim, este instrumento prestar-se, segundo as conveniências da ocasião, tanto para o exame ocular como para o do ouvido.

A única justificativa por que a rotina deste exame não é corriqueira entre nós, é, quiçá, a de seguirmos a orientação das escolas francesa e alemã onde ele é mais da alçada do oculista do que propriamente do pediatra.

E' obvio que, para bem praticá-lo, é necessário um grande treinamento e essa prática só se adquire exaustivamente e mediante o exercício diuturno. Ela não pode ser improvisada de um momento para outro, pois, sabemos perfeitamente que aquilo que nos parece obra de um segundo, exige para a sua realização, um tempo imenso de adexramento.

Em atinência aos tumores, nós nos permitiríamos recordar, com a devida tolerância que deve haver na apreciação dos fatos científicos, que na criança o aspecto característico do fundo de olho nem sempre constitui um sintoma precoce. As duas por três, ele só comparece tardiamente. Outro pormenor de interesse é que a lesão ocular é mais assídua nos casos de tumores cerebrales do que cerebrais propriamente dito. A razão desse fato, é ser a compressão pelo liquido céfalo-raquidiano maior naquela do que nesta eventualidade.

Em determinadas doenças infecciosas, que em certas ocasiões assumem gravidade maior que em outras, o fundo de olho nem sempre apresenta o mesmo aspecto estático, isto é, imutável em sua configuração. Ele é um reflexo da virulência maior ou menor do agente patogênico. Haja vista o que se passa com a meningite cerebro-espinhal, cuja imagem oftal-

moscópica varia em função do "genius" do surto epidêmico.

Encarecemos a necessidade da correção precoce do estrabismo — para fazermos breve referência à intoxicação pelo chumbo.

Neste gênero de envenenamento há a peculiaridade de quanto mais nova for a criança tanto mais suscetível ser o seu sistema nervoso ao tóxico em apreço.

Disso procede amiudadamente assemelhar-se ao da encefalite, o quadro clínico que inicialmente se oferece ao pediatra, quando solicitado a prestar assistência em casos desta natureza.

Só mais tarde é que se juntam outros sintomas habituais, tais como a polineurite, a anemia, as cólicas etc.

Em razão de ser bastante frequente o edema da papila, a contribuição do oftalmoscopista pode ser de valiosa prestimosidade no esclarecimento do fator etiológico, quasi sempre ignorado em tais circunstâncias, o que torna mais confusa a situação e mais embaraçosa a atuação do clínico.

Tal fato impõe-se como uma objetivação flagrante de quanto eficaz e decisiva é a colaboração da oculística nos domínios da pediatria, e somente por este motivo é que nos pareceu acertado aqui a evocar.

**Tesaurismoses lipóidicas** — A propósito de um caso de moléstia de Tay-Sachs. — Dr. Armando de Arruda Sampaio. — Na sessão conjunta da Secção de Pediatria com a Sociedade de Oftalmologia, o A., a propósito de uma observação dessoal da moléstia de Tay-Sachs, ocupou-se das moléstias chamadas "de depósito" ou "de armazenamento", a que van Gierke, em 1932, propôs a denominação de "tesaurismoses". Depois de definir este grupo, como de afecções heredo-degenerativas e corrente de distúrbios metabólicos, o A. passa em revista as várias classificações propostas para tais enfermidades, estudando em se-

guida as moléstias de Gaucher, de Niemann-Pick, de Tay-Sachs e de Hand-Christian Schüller. O A. refere-se também as relações destas com outras afecções, entre as quais a retinite pigmentar, cujo interesse sob o ponto de vista da genética é posto em realce. Depois de uma revisão das formas clínicas consignadas na casuística nacional da moléstia de Tay-Sachs, o A. faz o registro da sua observação, que pertence à forma infantil da idiotia amaurotica familiar cujo paciente é uma criança brasileira, do sexo masculino, filha de casal alemão, sendo a mãe israelita e o pai "ariano", não havendo antecedentes do caso nas famílias dos pais, de acordo com detalhadas e precisas informações que puderam ser obtidas.

Comentários: — Dr. Vicente Lara — Das questões abordadas, a de interesse mais culminante foi a doença de "Tay-Sachs" que é, de tôdas, a que tem sido, máu gado a sua relativa raridade, a melhormente estudada aqui no Brasil.

Com visos de grande probabilidade foi êste o motivo que levou o orador a dar uma visão essencial dela; havendo aí, a mais, o movel de ser sua apreciação baseada em dados exibidos pelo doentinho que teve ocasião de observar, e que não só apresentava as características próprias ao quadro, como, até mesmo, expressões versáteis de importância menor como sejam a primogenitura e o sexo masculino.

Em relação à raça, parece-nos que não há mais lugar para que as dúvidas subsistam, posto que repetidas vezes têm sido registrados casos de "Tay-Sachs" em crianças não judias. Certo autor italiano, Simonini, informa que esta modalidade de idiotia já foi assinalada até entre os japoneses.

A margem dessa referência, que não deixa de ser clara confirmação de sua não privatividade à raça judia, adiantamos, em um comentário de bom humor, que se os achados imprevistos continuas-

sem a se processar nesse andar, longe não estaria o dia em que, até entre negros, viria a ser identificada.

Um fato, entre outros que nos ocorre, é a opinião de Aloisio Marques, consumado neurologista carioca que, em nova interpretação de velhos fatos, afirma em excelente memória, aparecida recentemente, que a maior assiduidade desta doença entre judeus decorre da frequência com que se processa, no meio dêles, a endogamia. Casam-se êles sempre dentro da mesma tribo e, tanto quanto possível, dentro da mesma taba, se assim nos fôr lícito expressar. Resulta dess-arte, na opinião daquele nosso compatriota, que seria ela antes uma decorrência dependente da consangüinidade, do que propriamente da raça.

Um dos aspectos postos em realce no decurso da palestra, é que o campo oftalmoscópico presta-se, como verdadeiro espelho, para o estudo da herança.

Realmente, pela sua inquirição, podemos verificar, com relativa regularidade, como se objetivam determinadas leis que presidem a transmissão de umas tantas doenças congênitas, evolutivas, e em muitos casos, de caráter hereditário ou familiar, que têm a coonestá-las, entre outros sintomas, lesões típicas do fundo de olho. A retinite pigmentar na síndrome e Lawrence-Biedl vale por um dos exemplos mais originaes da exatidão dêste conceito.

Embora um tanto à parte do tema tratado na conferência, afigura-se-nos cabível, aqui, uma alusão: — a par das doenças estudadas, outras há que, a despeito do caráter congênito, mas não hereditário, têm as suas manifestações com relativa frequência estendida até aos olhos, atingindo-os de diversas maneiras e comprometendos de modo significativo.

Um caso típico é a coroidoretinite de origem luética. Mau grado possa apresentar-se logo após as primeiras semanas de vida, ou mesmo por ocasião do nascimento, ela manifesta-se, com frequência maior, nos últimos anos de meninice.

Supérfluo seria encarecer o valor do seu diagnóstico oportuno, principalmente si se atender a que, dependendo de sua localização, ela, sobre poder ter evolução de todo silenciosa, não se revelando por nenhuma perturbação funcional, pode constituir, algumas vezes, a única manifestação da sífilis congênita precoce antes que qualquer outro sintoma se exteriorize.

Still afirma que, na Inglaterra, 15% das crianças sífilíticas menores de 1 ano são portadoras desta lesão, cuja existência, como ninguém ignora, só ao oculista é dado discriminar.

A este respeito talvez fôsse oportuno ponderar que Blum doutrina que, de todas as afecções da infância, a sífilis e o tumor cerebral são as que, com maior assiduidade, se traduzem por uma síndrome ocular.

Em última análise, algo mais seria necessário dizer para enaltecer o valor e o largo crédito que desfruta a oftalmologia em nossa confiança?

#### SECÇÃO DE PEDIATRIA EM 13 DE DEZEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. Vicente Lara

**Considerações em torno do problema do leite em São Paulo.** — Dr. Francisco Antônio Cardoso. — Depois de tecer algumas considerações de ordem geral sobre a importância do leite na nutrição do homem, o autor passou a estudar a composição do leite à luz de análises, clássicas e recentes, chave da compreensão da sua excelência como alimento completo. Mencionou as proteínas do leite e seu valor biológico; referiu-se aos aminoácidos essenciais, vitagênicos, nelas presentes; considerou a questão da gordura e sua significação como veículo das vitaminas lipossolúveis; deteve-se mais demoradamente no estudo do contingente salino do leite destacando o cálcio e o fósforo, que nele se encontram sob forma facilmente assimilável; referiu-se, em seguida, ao teor do leite em vitaminas, estudando separadamente a taxa das vitaminas A, B1, B2, B6, PP, C e D; citou, finalmente, os demais componentes do leite.

Mostrou, em seguida, o lugar que o leite ocupa na alimentação do brasileiro, em confronto com

o que se observa em outros países. Ressaltou a conclusão de vários inquéritos alimentares, entre nós realizados e que demonstraram a ínfima parcela que o brasileiro consome. Em São Paulo, por exemplo, segundo dados do Instituto de Higiene, o consumo médio, por pessoa, por dia, é de 171 g. e o mediano apenas de 139 g.

Encarou, a seguir, o problema do leite em São Paulo, mostrando que de um modo geral, ele é escasso, caro e de má qualidade.

Em seguida, passou ao estudo das principais medidas que, segundo o autor, viriam melhorar a qualidade do leite e urge sejam tomadas. Tais medidas devem amparar o leite, do ponto de vista de boa higiene, desde a sua produção. Sintetizando: rebanhos saudáveis; ordenhadores à prova de qualquer doença transmissível (com cuidado especial para a exclusão de possíveis portadores de germes); estábulos higiênicos; ordenha mecânica ou manual mas feita sempre nas melhores condições; transporte rápido e refrigerado proteção do leite no seu



trânsito pela usina; pasteurização obrigatória; engarrafamento mecânico em recipientes invioláveis; graduação do leite; legislação atualizada e rigorosa; fiscalização geral e permanente (resolvido que seja o atual problema da dúplice autoridade sanitária).

Deteve-se o autor mais longamente no considerar a debatida questão da pasteurização. Definuiu o processo, estudou os vários tipos. Salientou a importância primordial que lhe atribuem higienistas de renome. Mostrou a sua generalização nos países mais adiantados. Passou, a seguir, a responder às críticas que têm sido feitas ao método, demonstrando a improcedência de todas elas. Citou a opinião dos mais acatados higienistas e pediatras e concluiu pela necessidade da manutenção da sua obrigatoriedade, como a maior salvaguarda contra a possibilidade da transmissão de moléstias pelo leite.

Estudou, em seguida, alguns aspectos econômicos do problema do leite, salientando a necessidade do incremento da produção, de não onerar com impostos as fontes produtoras, de providenciar transporte rápido e econômico. Sugeriu a vantagem da centralização de toda a pasteurização pelo Governo, que a faria mediante o preço de custo.

Finalizando, encarou o aspecto educacional do problema, salientando a necessidade de ampla e persistente campanha de educação sanitária, para incutir na população o hábito de beber leite na quantidade necessária.

**Possibilidades e vantagens do ensino de puericultura nas escolas primárias. Observações colhidas em um grupo escolar da capital.** — Dr. Vicente Lara. — O A. inicia a sua palestra focalizando a necessidade do ensino da puericultura nas escolas elementares, como uma das medidas eficazes contra os elevadíssimos coeficientes de mortalidade infantil.

Lembra que as causas fundamentais de cifras tão pasmosas, são, na sua essência, o pauperismo e a ignorância, aquele um problema de ordem econômica e este de alçada espiritual.

Já que o médico nada pode fazer para dar ao primeiro uma feição mais humana e mais consentânea com as tendências político-sociais hodiernas, muito poderá ele realizar, no entanto, na esfera de divulgação dos princípios elementares da arte de bem assistir e criar a criança nos primeiros meses de sua existência.

Entre os múltiplos recursos a serem utilizados para esse objetivo, cita o do ensino da puericultura nas escolas primárias, advogado com grande calor por Pignard, que se constituiu como que o campeão deste postulado.

Comenta a quem de direito deve competir o ensino: se ao professor, à educadora ou ao médico — inspetor escolar, analisando as possibilidades de cada uma dessas figuras. Realça as vantagens do projeto de reforma do ensino nas escolas normais, de autoria do Dr. Israel dos Santos, que o elaborou quando diretor da Instrução Pública, que visava dar às normalistas uma base cultural bastante elevada, afim-de habilitá-las ao desempenho de tão nobre mister, o que não tem sido possível, até hoje, devido à carência de conhecimentos especializados sobre a matéria. Faz, em seguida, a apologia da educadora sanitária, apontando-a como o elemento mais indicado, no momento, para essa função, opinando que ao médico deve ser apenas, adjudicada a orientação e a programação de tais cursos.

Passa, ao depois, a relatar o papel que o Instituto de Higiene, como Escola de Higiene e Saúde Pública, vem desempenhando na preparação de técnicos para esta missão e como tem intervindo diretamente para a idéia do ensino de higiene infantil nas últimas classes femininas de nossos gru-

pos escolares, seja, deveras, uma realidade.

Recorda os primeiros trabalhos desenvolvidos por aquela Casa quando ainda se encontrava em sua sede primitiva e refere, então, as atividades atuais, que tiveram o seu início este ano, quando foi confiado à pessoa do orador a responsabilidade da inspeção médica do "Grupo Escolar Godofredo Furtado".

Informa ter o ensino sido feito de maneira a mais objetiva possível, o que se tornou viável em razão da vizinhança de ambos os estabelecimentos. As alunas matriculadas, moçoilas cujas idades orçavam entre 12 e 14 anos — faze eminentemente receptiva — tiveram oportunidade de fazer a aprendizagem "vendo e fazendo". As figuras de livros e recortes de revistas utilizadas geralmente no ensino teórico, foram literalmente substituídas pelos pequeninos consulentes do Centro de Saude. Assim tiveram ensejo de assistir e acompanhar, semana após semana, um grupo de crianças, desde o momento em que se deu a queda do cordão umbelical até o instante em que ensaiariam sozinhos os seus primeiros passos. Aprendendo e retendo tudo quanto importava aprender e reter entre estes dois polos que limitam, por assim dizer, a zona mais periclitante de todo o sêr, e que é possível de ser influenciada pelo amor e pelos conhecimentos de uma futura mãezinha.

Finalmente relata os inesperados e encorajadores dos resultados práticos d'este seu primeiro ano de experiência e exhibe alguns dos meios utilizados para despertar a emulação entre as alunas, dentre os quais se destaca um "Diploma" que festiva e oficialmente foi entregue pelo Diretor do Grupo Escolar por ocasião do encerramento das aulas.

Foi o seguinte o programa que serviu de paradigma para a orientação do curso:

60)

I) Apanhado geral sôbre higiene infantil. Importância do seu ensino e razão do curso a ser ministrado.

II) Assistência ao recém-nascido: Isolamento. Agasalho. Alimentação. Banho. Ferida umbelical.

III) Cuidados com o lactente: Quarto, berço, sono e banho. Vestuário e vida ao ar livre.

IV) Alimentação natural. Necessidade, vantagens e impecilhos. Contra-indicações. Técnica da amamentação: horário e duração das mamadas. Cuidados com os seios. Regime da nutriz. Providências a serem tomadas quando a amamentação é feita por ama.

V) Alimentação mista. Desmame.

VI) Alimentação artificial. Perigo e contra-indicações. Leite de vaca e leite de cabra. Diluições e enriquecimentos. Tipos de mameadeiras e bicos. Asseio e métodos de esterilização.

VII) Preparo de diversos alimentos: sôpas, puréias, caldo de frutas, leite em pó e alimentos-medicamentos.

VIII) Desenvolvimento normal da criança. Crescimento ponderal, estatural. Desenvolvimento neuromuscular. Fontanelas. Dentição. Imunização.

IX) Educação do bebê — Implantação de hábitos sadios. Combate às superstições, curandeirismo, abusões, etc. Encarecimento das medidas profiláticas de ordem geral.

X) Primeiros socorros em caso de doença antes de chegar o médico. Uso do termômetro.

XI) Mortalidade infantil. Causas gerais e seus remédios. Registro Civil. Função dos Centros de Saúde. Ambulatórios. Lactários e Creches. Hospital de crianças. Vantagens e benefícios de hospitalização precoce. Como acolher a visita e acatar os conselhos da Educadora Sanitária e da Visitadora Social.

XII) Preparo do enxoval.

SECÇÃO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA  
EM 29 DE NOVEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. José E. de Paula Assis

**Repercussão das afecções dos seios da face e das amígdalas em oftalmologia.** — Drs. Armando Galo e Manoel Domingues de Castro. — Comentários. — Dr. Jorge Fairbanks Barbosa. — De tudo o que ouvimos fica patente a necessidade de maior intercâmbio entre otorrinolaringologistas e oftalmologistas. Quero crer que a maior contribuição que nós, otorrinologistas, prestamos à terapêutica oftalmológica, está na irradiação de focos de infecção que, com tanta frequência, repercutem nocivamente sobre a esfera da visão. Estamos mesmo habituados a receber cartas de oftalmologistas nos recomendando a pesquisa e remoção de focos desta natureza em seus pacientes.

Para um foco ser infectante são necessárias 3 condições: 1) Completo isolamento do mundo exterior; 2) Deve ser circundado por tecido de pobre vascularização ("espaço morto de Pasteur") e 3) O organismo deve ser capaz de reagir às bactérias do foco com o desenvolvimento de uma extensa imunidade. Quando as tres condições estão presentes, os germes ficam acantonados em um espaço restrito de sangue e de ar e rico de produtos metabólicos. Daí a acentuada diminuição da virulência e consequente silêncio sintomático que fazem com que, a miúdo, tais focos passem despercebidos.

As criptas amigdaleanas constituem os pontos de eleição de focos de infecção. As tonsilas são os principais focos do organismo. Vem, depois, os dentes e os seios da face, estes últimos muito menos cotados. Evidentemente, focos podem aparecer em outros pontos mas com frequência muito pequena.

E' para as amígdalas palatinas, pois, que nossa atenção deve se

voltar em primeiro plano. Digo palatinas, porque a faringéa não dá lugar à infecção focal, em consequência da falta de criptas e, até hoje, ao que me consta, não se sabe de caso algum que se possa atribuir às amígdalas linguais.

Há tonsilas infectadas e há as infectadas e infectantes. Só as últimas interessam a quem procura remover "focos de infecção". A distinção entre as duas categorias é de grande importância, pois constitui o esteio da indicação da amigdalectomia, naqueles casos em que as tonsilas são bem suportadas pela faringe do paciente.

Dr. Ottoni de Rezende nos descreveu com muita clareza a sintomatologia que acompanha uma tonsilite focal. Encarou sabiamente as diversas indicações da cirurgia das amígdalas. Entretanto, S. Excia. deixou de mencionar um "test" de grande importância e, foi para que ele não passasse despercebido que eu pedi a palavra. Refiro-me à "Prova de Vigo-Schmidt", recentemente objeto de um trabalho com que Mesquita Sampaio e colaboradores conquistaram o Premio Alvarenga: determina-se o hemograma do paciente; comprime-se-lhe, logo depois, por uns 2 minutos, a amígdala ou as amígdalas suspeitas; novos hemogramas, repetidos de meia em meia hora, acusarão nitida alteração da taxa de glóbulos brancos, uma leucocitose, dentro de duas horas, quando as amígdalas forem infectantes. Nada acontecerá nas que apenas estão infectadas. E' uma prova que nunca deverá ser esquecida quando o "olho clínico" não nos fornece os dados que procuramos.

Uma variante desta prova poderá ser utilizada para focos dentários, quando a radiografia não seja convincente. A excitação do

foco será, agora, obtida por aplicação de diatermia de ondas curtas, durante uns 10 minutos, por meio de electrodos apropriados.

Dr. Ottoni falou também sobre o papel dos seios da face na infecção focal. Mostrou-nos o papel insignificante que tomam os seios esfenoidais neste terreno e chamou nossa atenção para as células etmoidais, sobretudo as do grupo posterior. Assim também pensava eu e fico satisfeito de ver que não pensava errado. O ostio do seio esfenoidal, com uma histologia diferente de todos os demais, faz com que ele se mantenha sempre aberto, mesmo quando a mucosa sofra intensos processos patológicos. Eis aí a razão da pouca frequência das esfenoidites e a insignificância destas como focos, por lhes faltarem o isolamento do mundo exterior. Ao contrário o labirinto etmoidal, com suas múltiplas células, facilmente enquistam processos infecciosos e fá-los infectantes para o organismo.

**Amaurose focal.** — Dr. Gustavo dos Reis. — O A. apresenta 2 observações referentes a casos de alterações oculares sérias, com perda quase total da visão, ocasionadas por infecções de foco nos antros maxilares e amígdalas.

No primeiro caso tratava-se de uma moça com 24 anos, cega há 6 anos de O. E. por causa de uma catarata e perda quase total da visão no O.D., em virtude de coroidite exsudativa, evoluindo há 1 ano. Visão = 1/10. Não obstante a pobreza sintomatológica para o lado das cavidades paranasais, foi pedida radiografia, que revelou

opacidade dos antros maxilar e etmoidal direitos e maxilar E. Foi-lhe feita a operação transmaxilonasal de Ermiro Lima à D., seguida de amigdalectomia e, depois, Caldwell-Luc à E. As melhoras da visão no O. D. começaram 3 dias após a primeira intervenção. Meses depois, novo exame oftalmológico evidenciava grandes melhoras da lesão ocular D. e visão = 8/10.

No segundo caso tratava-se de uma paciente de 19 anos, grávida de 3 meses, que se queixava de cegueira no O.D. há 3 anos e visão quasi nula no O. E. Anamnese inexpressiva para o lado dos antros da face. A diáfanoscopia mostrou opacidade do maxilar D. e a radiografia evidenciou espessamento acentuado da mucosa do seio maxilar D., transparência normal dos seios frontais, do seio maxilar E. e dos seios profundos da face. O exame oftalmológico acusava: "coroidite macular no O. D. com perda total da visão nesse olho e coroidite exsudativa incipiente transmaxilo-nasal de E. Lima no lado direito, sendo constatado, contrariamente à expectativa, pús cremoso e fétido no antro maxilar. Dois meses após foi praticada a amigdalectomia, bem tolerada, apesar do 5.º mês de gestação. No dia seguinte à operação de E. Lima, a doente já começou a notar melhoras da visão, notadamente no O. D., melhoras essas que se acentuaram mais ainda após a amigdalectomia. Algum tempo depois o exame oftalmológico constata a cicatrização completa das lesões da coróide de ambos os lados e visão = 10/10.

## SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA EM 18 DE DEZEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. José Eugênio de Paula Assis

**Casos de amigdalectomia acidentada.** — Dr. Rubens Brito. — Comentários: — Dr. Rafael da Nova: — Em relação às infecções para-faríngea conseqüente à in-

fecções tonsilares lembro a observação de um doente seu, no, qual após a abertura de um abscesso periamigdaliano, desenvolveu-se uma infecção progressiva dos te-

cidos moles intersticiais do pescoço.

No princípio havia empastamento da região sob ângulo maxilar direito e mais tarde sensibilidade dolorosa ao longo da jugular.

Propôs ao cabo de dois dias a mediastinotomia colar, que só foi praticada depois de vencida a oposição inicial dos clínicos que acompanhavam o doente e quando a infiltração e crepitação já haviam atingido a furcula do esterno e o estado geral do doente bastante agravado.

Com surpresa nesse caso não foi encontrada coleção de pus.

Mais tarde desenvolveu-se necrose nítida das paredes da jugular e tecidos vizinhos, com invasão para o mediastino. Um exame retrospectivo nos mostrou que se tratava de uma trombose septic dos vasos e que a única coisa que poderia ter dado resultado teria sido a ligadura baixa da jugular e veias saléites com o fim

de evitar que a trombose progredisse para o mediastino, como aliás aconteceu.

Em relação ao caso do dr. Rubens, compreende-se que êle tivesse protelado a princípio com a operação, sabido como é que as complicações da parede na amigdalectomia ou mesmo às coleções parafaringeas podem evoluir de maneira favorável e serem esvasiadas por via endofaringea.

Infelizmente tratava-se de um caso de caráter invasivo e de germens hipervirulentos em que tal conduta não tinha razão de ser.

Dr. José Eugênio de Paula Assis — A honestidade com que relatou-nos esse caso máo de sua clínica nos trouxe incontestavelmente ensinamentos grandes e precisos. Estou de pleno acordo com o dr. Mário Ottoni de Rezende. Acho que se deve fazer a abertura o mais depressa possível. E' a única solução que pôde oferecer um caminho seguro de cura,

#### SECÇÃO DE MEDICINA EM 3 DE NOVEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. Antonio de Ulhôa Cintra

**Teoria enzimática da realização dos colóides nos bócios.** — Prof. Eduardo de Robertis. — Comentários: — Prof André Dreyfus: — Gostaria de ouvir o Prof. De Robertis sobre os seguintes pontos: — Na glândula tiroide temos secreção da célula glandular para dentro do folículo, reabsorção dessa secreção pelas células glandulares e finalmente secreção da hormona da célula glandular para o sangue. Será possível estabelecer com segurança como se dá o balanço entre essas três atividades, de sorte a dar conta dos aspectos observados pelos anátomo-patologistas? E' sabido que no hiper-tiroidismo há aumento de secreção do colóide para o sangue e o folículo é pobre em colóide, já no bocio simples, há aumento do colóide sem alterações fisiológicas.

Outro problema interessante é o da reabsorção das granulações colóides pelas células glandulares. O peso molecular da hormona circulante parece ser da ordem de 59.000. Ora, sabemos graças aos trabalhos de Gérard e Cordier, Kerridge, Bayliss e outros, que no glomérulo não devem passar colóides com peso molecular superior a 70.000. Por outro lado as experiências de Lambert, no mesonefros de urodolos, injetando corantes diversos no celoma, mostram que as células dos tubos contornados podem reabsorver colóides com peso molecular superior àquele valor, mas tais grânulos ficam retidos pela célula e não passam para o sangue (atrocitose), sendo ainda verdadeiro que o poder atrocitário varia nas regiões do tubo renal. Esses trabalhos indicam que trocas com o sangue parecem dar-se apenas com par-

tículas não ultrapassando um peso molecular da ordem de 70.000, o que está de acôrdo com o peso molecular atribuído à hormona tiroidea (59.000). Seria talvez interessante um confronto mais estrito entre êstes vários fatos.

Dr. José Inácio Lôbo: — Talvez a teoria da divisão da molécula de tireoglobulina se aplique também à absorção intestinal da mesma, quando se pratica a cura com preparados tiroidianos. Não deixa contudo de ser interessante que a tiro-globulina, necessitando de ser cindida age mais prontamente do que a tiroxina que passa incolume.

**Considerações sobre os fundamentos da endocrinologia moderna.** — Dr. Emílio Mattar. — **Comentários:** — Dr. Atilio Zelanti Flosi: — Sobre a possibilidade da vinculação dos distúrbios menstruais nas obesas à solubilidade das hormonas sexuais na gordura, temos uma objeção, que já foi acentuada por Ciro Nogueira. Os esteróides menstruais são muito solúveis na gordura, ora, e fosse essa

a causa dos distúrbios menstruais, tôdas as mulheres, mesmo as magras, teriam a quantidade de tecido adiposo para reter tais hormonas, logo, tôdas deveriam apresentar consequentemente tais perturbações.

Outro ponto que merece um comentário especial é a questão da frequência da hipoglicemia, após o emprego da insulina, na insuficiência supra-renal. Realmente, nessa endocrinopatia, essa verificação é muito freqüente. Todavia, não é constante, pois, há casos de insuficiência supra-renal em que não se verifica essa acentuada ação hipoglicemiante insulínica, o que é aparentemente paradoxal. Nestes casos o que há realmente é a hipersecreção de determinados hipofisários, que impedem a ação da insulina. Portanto, a prova da insulina apresenta essa falha, além de suas inespecificidades em relação aos diferentes síndromes hipoglicêmicos. Logo, freqüentemente há maior sensibilidade à insulina na insuficiência supra-renal, porém, êsse fenômeno não é constante, e esta questão desejamos que fique bem explícita

#### SECÇÃO DE MEDICINA EM 20 DE NOVEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. Antonio de Ulhôa Cintra

**Fatores metabólicos e hormonais de formação e reabsorção ósseas.** — Dr. José Inácio Lôbo. — **Comentários:** — Dr. Emílio Mattar: — Na conferência que o Dr. Lôbo realizou nesta série, entre os fatores metabólicos e endócrinos que influem na formação reabsorção óssea, não foi citado o papel capital que exercem o metabolismo das proteínas e dos hidratos de carbono. O primeiro processo da formação óssea é constituição pelos osteoblastos do tecido osteóide. Para que esta construção se processe normalmente há necessidade de uma taxa mínima de proteínas na dieta. Todos indivíduos com carência proteica prolongada terminam por desenvolver osteoporose — ou diminuída formação de te-

cido osteóide. Idêntico processo se desenvolve naquelas moléstias, como o Cushing, o diabeta, o hipertireoidismo, as febres prolongadas, etc., em que existe uma proteólise aumentada. A formação do tecido osteóide e sua relação direta com a síntese das proteínas constituem fatores importantes na compreensão do mecanismo de ação das hormonas androgênicas e estrogênicas sobre o esqueleto. As glândulas endócrinas não atuam sobre o esqueleto exclusivamente por meio de sua ação sobre o aparecimento dos centros de ossificação ou sobre o tempo de sinostose da cartilagem diafisoeipifisária. A formação de tecido osteóide, portanto de osso em si, está sob a regência das



glândulas endócrinas. Assim, a testosterona, o estradiol, a hormona prehipofisária de crescimento, que realizam uma síntese proteica aumentada, por isso mesmo favorecem a formação de tecido osteoide e, portanto, o crescimento do esqueleto. Contrariamente ao que vem freqüentemente assinalado na literatura, as doses terapêuticas de testosterona, para citar um exemplo, não levam à diminuição mas sim ao aumento de comprimento dos ossos. Ao que parece, as doses comuns de testosterona que se usam em terapêutica não são suficientes para estimular o processo de sinosotose diáfiso-epifisária, mas são bastante eficientes para produzirem uma maior deposição de tecido osteoide e aumentarem, assim, o comprimento dos ossos longos. Como corolário prático, mesmo no nanismo hipofisário a testosterona constitui o medicamento mais eficiente de que dispomos para favorecer o crescimento do esqueleto. Portanto a ação do metabolismo proteico e das glândulas, que o regem não deve ficar esquecida quando se consideram os fatores metabólicos e hormonais, que regem a formação óssea.

Também o metabolismo dos hidratos de carbono intervêm no processo de calcificação. A reserva de fósforo orgânico disponível para o processo de calcificação está na dependência direta do metabolismo da glicose. Durante este, as reações de fosforilação e desfosforilação mantêm elevadas as taxas de fósforo orgânico nos tecidos. Quando se inibe o metabolismo glicídico — como sucede na intoxicação pelo cianeto ou pelo fluoreto — o primeiro efeito será uma baixa de fosmocreatina pelo cianeto ou pelo fluoreto — o primeiro efeito será uma baixa de fosfocreatina e de trifosfato de adenosina. Portanto a fosfatase terá menos substrato sobre o qual agir para libertar fósforo inorgânico necessário para a calcificação. Como consequência, desenvolve-se

osteoporose e osteomalacia. Ao contrário, quando se estimula o metabolismo glicídico — como sucede nos indivíduos que praticam exercícios físicos, haverá maior formação de tecido osteoide e maior deposição de cálcio neste osso.

Dr. Maurício Levi Júnior: — Eu queria tocar num ponto de importância secundária, mas que mesmo assim merece ser comentado porque tenho encontrado em alguns AA. a mesma opinião do Dr. Lôbo, considerando, como normal o quociente cálcio-fósforo, da alimentação, igual ou mesmo maior que 1. Eu creio que um quociente tão alto não pode ser considerado como normal pois para sua obtenção seria necessário ou que o indivíduo voltasse a ser um lactente, alimentando-se principalmente com leite de vaca ou, melhor ainda, de mulher, ou, então, teria que suplementar sua alimentação habitual com preparados de cálcio. Ora, tanto a 1.<sup>a</sup> como a 2.<sup>a</sup> hipóteses são absurdas: a 1.<sup>a</sup>, porque anti-fisiológica para o adulto normal; a 2.<sup>a</sup>, porque alimentação normal é a que permite transmitir através de várias gerações os caracteres do indivíduo e da espécie. Se o homem tem podido manter através de séculos seus característicos é porque a natureza lhe tem dado uma alimentação adequada, sem necessidade de complementos medicamentosos. Portanto o quociente cálcio-fósforo normal não deve ser maior do que 0,9 (segundo podemos ver pela composição química de uma alimentação completa e harmônica. O quociente maior do que 1 é de exceção e não pode ser considerado normal.

Dr. José Inácio Lôbo: — A respeito da importância das hormonas sexuais, eu não poderia igualmente entrar em pormenores do mecanismo intermediário; aliás certos aspectos que êle frisou (metabolismo no tecido muscular) fogem ao tema apresentado. A propósito da prática do trata-

mento dos onanismos hipofisários, devo dizer, a título informativo, que no nosso serviço no Instituto Butantã, de há muito são tratados com a testosterona. Fizemos um trabalho para demonstrar a ineficácia dos preparados existentes de hormônio de crescimento. Esse trabalho teve cunho clínico e experimental. Mas como norma de conduta curativa, realmente, aquilo que se aplica é a testosterona. Com relação a observação de se considerar normal a relação cálcio-fósforo superior a 1, eu não disse ser ela normal na alimentação habitual mas quis frisar que a relação 1 a 1 de cálcio-fósforo, não determina o raquitismo. E' preciso nesse caso um quociente maior. Apesar de tudo, o organismo suporta quantidades de cálcio em relação ao fósforo, diversas da considerada ótima porque a vitamina D se encarrega da regularização.

#### **Estudo radiológico das alterações fundamentais da estrutura óssea.**

— Dr. Paulo de Almeida Toledo.

— O autor estuda, em primeiro lugar, a estrutura trabecular dos ossos mostrando a influência das linhas de força na orientação de trabeculatura óssea e salientando a continua destruição — reconstituição a que estão sujeitas as trabéculas sob o influxo do desgaste fisiológico que se prolonga por toda a vida.

Analisa a diferenciação, o crescimento e a maturação dos núcleos ósseos e a constituição do esqueleto em geral, destacando o papel das glândulas endócrinas nesses processos.

Estuda a seguir as alterações patológicas elementares do tecido ósseo: *osteoporose* — *focos de destruição* — *esclerose* — *hiperostose*, mostrando que desses elementos, isolados ou combinados, em um osso, em ossos simétricos ou em diversas peças ósseas, se compõem dezenas de aspectos diversos, característicos das várias afecções ósseas de que exhibe numerosos diapositivos.

Salienta o valor dos dados clínicos, da anamnese e dos exames complementares no diagnóstico osteológico e termina mostrando que o potencial evolutivo das lesões é um dos elementos fundamentais da orientação diagnóstica.

Comentários: — Dr. Emilio Mattar: — A osteíte fibrosa cística não é, como freqüentemente se crê, um processo característico do hiperparatireoidismo. Esta mesma lesão encontra-se na osteoporose acentuada de etiologias diferentes, na acidose prolongada, na chamada osteíte fibrosa disseminada. Na verdade, não existe uma lesão radiológica do osso específica do hiperparatireoidismo. O processo ósseo, que, com mais freqüência acompanha esta moléstia é a descalcificação generalizada. Aliás este caráter generalizado da descalcificação é de grande importância para o diagnóstico diferencial com osteoporoses senis, de repouso, etc. Para isso adquire um valor clínico a radiografia da lâmina compacta dos alveolos dentários. Sua ausência é muito sugestiva de descalcificação generalizada. As características essenciais do hiperparatireoidismo não são as radiológicas, no entanto, e sim as bioquímicas. O aumento de cálcio e de fosfatase, a diminuição de fósforo no soro, a hiper calciúria e a hiperfosfatúria constituem o síndrome bioquímico que permite o diagnóstico de hiperparatireoidismo mesmo na ausência de lesões ósseas, como sói acontecer na litíase renal.

Dr. Paulo Toledo — A descalcificação não é realmente característica exclusiva de nenhuma afecção óssea.

Aparece no raquitismo, na osteoporose senil, na moléstia de Recklinghausen e em numerosas outras entidades mórbidas.

E' apenas, como a febre em relação às moléstias infecciosas, um

sintoma que só faz o diagnóstico, aliado a outros elementos de análise radiológica e clínica.

Quanto ao papel da inatividade na gênese da osteoporose, é importante porém não exclusivo.

Nos casos exibidos havia imobilização bilateral e no entanto a osteoporose só era notável no lado doente, o que decorre provavelmente da hiperemia ou da libertação local de toxinas.

## SECÇÃO DE MEDICINA EM 21 DE NOVEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. Antonio de Ulhôa Cintra

**Alterações ósseas no pêntigo foliáceo.** — Dr. Ulisses Lemos Torres. — Há 3 anos mais ou menos, fui convidado pelo Dr. João Paulo Vieira para acompanhar a parte clínica do hospital do pêntigo. Tive desde logo a minha atenção despertada pela frequência das perturbações ósseas que aí aparecem, no sentido de deformações e fraturas. Nos casos intensos vemos aparecer o quadro clássico da osteomalacia do mais alto grau. O problema inicial seria responder si tal discrasia óssea no sentido de uma rarefação e os consequentes encurvamentos e fraturas se davam devido a uma causa endócrina ou por distúrbio da nutrição.

De fato, no pêntigo foliáceo se observa com frequência desocrinias, mas ao contrário do que já se supoz, estas perturbações endócrinas estão longe de serem primitivas, e são sempre secundárias como as que aparecem em várias moléstias crônicas e consumptivas (Nanismo malárico, amenorréia tuberculosa, etc.). Como tal, elas são sempre no sentido de uma hipofunção endócrina, (nanismo, infantilismo, hipogonadismo). A principal causa que poderia ser acusada seria a existência de um hiperparatireoidismo, em discordância com os tipos de endocrinias observadas, que se fazem sempre no sentido de uma hipofunção, e ainda em discordância com os achados histopatológicos, cujo quadro glandular está mais próximo do quadro da esclerose pluri-glandular. Outros dados como calcio-sanguíneo baixo e o quadro radio-

lógico afastam definitivamente esta hipótese. As perturbações endócrinas secundárias tais como: o hipogonadismo podem desempenhar um papel de agravamento desta discrasia óssea que deverá ser procurada no capítulo da nutrição. Neste setor, várias causas poderiam agir: 1) A existência de um déficit alimentar acentuado do calcio, fósforo, vitamina D, e proteínas para somente nos referirmos às principais. 2) Uma perturbação da absorção destes elementos. 3) Um maior gasto energético, ocasionando uma insuficiência relativa na alimentação.

O cálculo que fizemos da alimentação dos doentes nos mostrou um número total de calorias de 2.737, Ca 0,614, fósforo 1,23, proteínas 70, 3. Neste calculo encontramos pequenos desvios, mas os mesmos que são encontrados nos outros hospitais, e muito menores do que na alimentação comum da população pobre. De modo a não se poder explicar o aparecimento de tão graves perturbações ósseas no pêntigo foliáceo por desvios alimentares tão comuns.

Uma perturbação que explicasse tão graves alterações teria que ser advinda de um distúrbio gastro-intestinal que não passaria despercebido ao exame clínico. E ainda, a administração de vitamina D, e de uma relação calcio-fósforo adequada, trouxe melhoras em alguns quadros de osteoporose, tanto subjetivas como as objetivas constatadas ao raio X, demonstrando ter havido uma absorção desses elementos administrados por os.

Resta-nos portanto, a discussão da existência de um maior gasto nos doentes de pênfigo foliáceo. Já nos havia chamado a atenção o grande apetite do doente de pênfigo, e mesmo nos casos da mais adeantada caquexia, esta fome permanecia, ao contrário dos outros tipos de caquexia em que a regra é a norexia. Fazemos com o Dr. Mario Fonzari um levantamento das necessidades energéticas dos doentes, e podemos afirmar que o metabolismo de base destes é muito elevado, que o desvio médio está mais ou menos em torno de mais 50%, e não são raros os casos que têm a sua despesa calórica de mais 100% até mais 150%.

Com esses dados nós podemos então dizer haver um grande deficit relativo ao calcio, fósforo e vitamina D na alimentação. Outros fatores mais, agravam esse deficit, a grande perda de proteína na secreção serosa que mina constantemente através da pele. A acidose constante em quasi todos os casos dessa moléstia e por último o aparecimento do sintoma dor, devido à osteoporose, faz com que o doente se acame, piorando ainda mais pela descalcificação produzida pela imobilidade e da falta da irradiação solar.

Vamos apresentar sucintamente alguns desses casos estudados, mas queremos antes definir o ponto de vista sobre o qual nós os apresentaremos. Não vamos nos deter em distinguir os sinais de raquitismo de alguns casos, como também os graus de osteoporose, e os casos de osteomalacia, si osteomalacia juvenil ou osteomalacia do adulto ou senil. E' perfeitamente compreensível que si a moléstia sobreveio num periodo de crescimento ósseo, as mesmas causas que descalcificam, impedem a formação normal do osso. Não vamos distinguir a osteoporose de fome, como querem alguns, em que ao lado da espoliação óssea existe diminuição da substancia osteoide, en-

quanto na osteomalacia existe apenas espoliação do calcio e abundante substância osteoide. Achamos artificial essa diferenciação, pois, se existe uma deficiência alimentar ela raramente se particularisa somente para o calcio e fósforo, ela também atinge as proteínas. Assim sendo, consideraremos a osteoporose se diferenciando da osteomalacia apenas quantitativamente, isto é, por um menor grau de descalcificação.

Em seguida o autor passa a apresentar cerca de 80 radiografias, acompanhadas da história clinica e das dosagens de calcio, fósforo, fosfatase, proteínas totaes, relação serina globulina e sero albumina e da reserva alcalina de cada caso. Termina com a demonstração anatomo patológica de um caso de osteomalacia.

#### **Evolução das alterações ósseas em alguns distúrbios endocrino.**

— Dr. José Inácio Lôbo. — A parte teórica constatou da exposição sobre "Fatores nutritivos e hormonais de formação e reabsorção osseas". A documentação constou da apresentação de vários dispositivos, radiografias mostrando como evoluem as alterações ósseas nas deficiências da tireóide hipófise, etc.

Após a apresentação dos trabalhos acima, foram feitos, em torno dos mesmos os seguintes.

Comentários: — Dr. Emilio Mattar: Uma das características mais importantes da moléstia de Paget é a de ser uma moléstia óssea localizada e não sistematizada. Mesmo nos casos em que a lesão pagética se encontra em vários ossos — a chamada forma polioestótica de Paget — existe, constantemente, uma delimitação nítida entre o osso lesado e o osso íntegro. Ao contrário do que sucede no Paget, as moléstias ósseas de origem endócrina caracterizam-se por serem sistematizadas e generalizadas. As-

sim a osteoporose do hipertireoidismo, a descalcificação generalizada do hiperparatireoidismo afetam todos os ossos do esqueleto e encontram-se em qualquer fragmento osseo examinado histologicamente. O fato da molestia de Paget não ser sistematizada é um argumento contrário à sua etiologia endócrina. Aliás, é de toda conveniência acentuar-se o fato de que não existe um único fundamento, experimental ou clínico, que pelo menos sugira a natureza glandular da molestia de Paget. Mas como todas as entidades de etiologia obscura, ela têm que passar, temporariamente, na literatura, como "provavelmente endócrina".

A lesão histológica fundamental da molestia de Paget é a estrutura em mosaico das trabéculas osseas, primeiramente descrita por Schmorl. Esta estrutura deve-se a uma reabsorção ossea extremamente rápida seguida de neoformação ossea igualmente acelerada. Como consequência, o arranjo regular dos canais de Havers é substituído por lamelas em mosaico que se traduzem radiologicamente por trabéculas osseas de direção desordenada, tão características da doença de Paget.

Com relação à segunda conferência, nela se acentuou que a formação e a reabsorção osseas se realizam através de fenômenos físico-químicos de transformação coloidal do tecido osteoide. Eu me permito lembrar que desde 1923, quando Robinson demonstrou o mecanismo enzimático da calcificação, não se tem mais necessidade de apelar para um mecanismo físico-químico puramente hipotético. A enzima demonstrada por Robinson nos ossos, a fosfatase alcalina, tem a propriedade de libertar o fosforo inorgânico das combinações orgânicas de fosforo, aumentando, desta forma, a concentração local de íons no tecido osteoide. E' esta supersaturação — e não uma superposta alcalose local — que leva

à formação e deposição de um complexo inorgânico de calcio e fosforo, chamado dahlite, e portanto à calcificação do tecido osteoide. Não existe, pois, a necessidade de se postular uma alcalose local, nunca demonstrada, e que obrigaria a uma segunda hipótese, certamente errônea, a de que os íons de calcio e de fosforo depositar-se-iam separadamente no tecido osteoide. Que o processo ocorre devido à atividade celular está bem demonstrado pela sua inibição pelos inibidores comuns das atividades celulares, como sejam o cianeto, o fluoreto, etc. Também enzimas proteolíticas são responsáveis pela reabsorção ossea, destruindo as trabéculas osseas e liberando os íons de calcio e de fosforo. Ainda entre os fatos fundamentais a que se fez referência nesta conferência, a vitamina D foi classificada de enzima. Isto constitui um fato inédito, pois que todos os componentes do grupo de vitaminas D são esteróides e as enzimas são, por definição, proteínas. Não está, aliás, demonstrado que a vitamina D tenha uma ação local no osso, realizando ou facilitando a calcificação e a ossificação. Shippley e seus colaboradores demonstraram que fragmentos de ossos raquíticos calcificam-se quando colocados em soluções adequadas de sais inorgânicos e que a adição de vitamina D não era necessária. Certamente, a ação fundamental das vitaminas D é a da absorção e regulação de uma relação apropriada de calcio e fosforo, como demonstrou Harris e, mais recentemente, o grupo de Allbright.

Em sua conferência, o Dr. Lemmos Torres referiu que o penfigo acompanha-se de um aumento de metabolismo basal que às vezes atinge mais 100%. Como todo aumento prolongado de metabolismo acompanha-se de um dispêndio exagerado de vitaminas, seria interessante, neste grupo de doentes, analisar as possíveis defi-

ciências vitaminicas e os respectivos syndromos clínicos.

Dr. Rafael de Barros: — Não entendi bem a crítica feita pelo Dr. Emilio Mattar. Pelo que pude deprender, êle acha que a lesão do Paget não é uma lesão sistematizada. Falou ainda em estrutura em mosaico. Evidentemente o raio X só pode revelar lesões grosseiras. Se as alterações pagéticas são muito pequenas e discretas não podem ser reveladas pelos raios X.

Dr. Emilio Mattar — O cimento calcificado de estrutura em mosaico, isto é a lesão essecial e básica da moléstia de Paget, constitui, tanto histológica como radiologicamente, característica fundamental da referida entidade.

Prof. Dr. Rafael de Barros. E' a primeira vez que vejo radiografias de doentes de pênfigo. E numa das radiografias tive ocasião de observar uma lesão a que o dr. Ulisses Lemos Torres não fez referência. Parece-me que encontrei uma zona com falta de substância, aspecto que vemos na osteomalacia, trata-se de uma demolição que é chamada fratura de Looser. E' curioso, não sei se ele teve tempo de a descrever na

sua rápida exposição ou se não concorda com a minha opinião.

Dr. Lemos Torres. — Devido ao grande número de radiografias, somente as apresentei, com a finalidade de dar uma vista de conjunto e panorâmica das principais lesões ósseas do esqueleto do doente de pênfigo. Não teria tempo material suficiente para descrever pormenorizadamente cada radiografia e por essa razão não fiz referencia à lesão apontada pelo Prof. Barros, que de fato estava presente. Ao Dr. Emilio Mattar, tenho a dizer que, havendo tão grande intensificação do metabolismo e as quantidades ingeridas das diversas vitaminas não tendo acompanhado proporcionalmente esta intensificação do consumo energético, a fortiori existe um deficit relativo de todas as vitaminas nos doentes de pênfigo por nós estudados. O quantum esta avitaminose relativa não posso dizer, pois ainda não pude fazer as devidas provas para isso. Entretanto posso adiantar que esta deficiência vitaminica não é de tal vulto para dar sintomatologia clinica. Somente encontrei um caso com sintomatologia de avitaminose B1 em 140 doentes examinados.

#### DEPARTAMENTO DE MEDICINA MILITAR EM 7 DE NOVEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. Moacir Navarro

**A prova da mesa basculante no pré-operatório.** — Dr. Aloisio Pernet. — Comentário. — Dr. Delfino Rezende. — Quero esclarecer a necessidade de nós que fazemos o serviço de exame de aviação em São Paulo, e também aqueles médicos que se dedicam ao assunto e que terão as atenções voltadas para essas inovações, que poderão melhor aquilatar o valor físico do examinado. Devemos procurar introduzir essa prova em larga escala no serviço aqui em São Paulo, ainda lembrando a

76)

conveniência dela ser procurada com exames complementares. Precisamos procurar verificar a causa real desse estado de choque, que se observa e os casos de reação pulmonar, um expulsamento sanguíneo e verificação concomitante do teste do "tonus" muscular feito durante a prova, em diversos momentos dessa mesma prova, 5, 10, ou 15 minutos afim de procurar ver e classificar o real mecanismo do processamento desse estado de choque. Aqui em São Paulo é o meio mais propi-



cio para esse estudo, pois nenhum outro Estado conta com número tão grande de candidatos a aviação. Essa prova também terá emprêgo para os exames de paraquedistas. Aqui o número de paraquedistas é muito grande. Tivemos pedidos de 90 exames. Vim de um lugar onde nem de longe se pensa em fazer isso, Teremos enfim elementos para fazer a verificação e para fazer procurar a origem do desencadeamento desse estado de choque. Causa estranheza o fato de ter-se verificado um choque surgido rapidamente depois de uma prova, dando a impressão de que o aparelho não contribui com evidência a fim de manter esse estado de fixação de pressão arterial numa fase maior, quando depois de uma sangria de 300 gramas verifica-se que a pressão arterial se mantém durante muito tempo. Em certos animais a perda de 20% de sangue não altera senão depois de algum tempo, a pressão arterial. Muitas explicações apareceram, umas convenientes outras não, e todas procurando explicar esse estado de choque. Mas nessa prova se verifica a queda brusca de pressão. A causa deve ser apurada.

Dr. Osvaldo Bruno: — Esse assunto têm importância também para a medicina geral e cirúrgica. Pela explicação parece que o mecanismo é complexo. O "tonus" muscular deve exercer grande importância. Observamos na anestesia raqueana que não há paralisção completa e os fenômenos são muito mais complexos. Em relação à mesma prova também chamo a atenção sobre a opera-

ção ginecológica que se processa com posição exagerada.

Dr. Vergílio Carvalho Pinto: — Tendo também estudado estas provas, cheguei às mais interessantes conclusões. Em nota prévia, apresentamos, com a colaboração de colegas, os primeiros resultados obtidos, ao 2.º Congresso Brasileiro Americano de cirurgia.

Em junho deste ano publiquei em "O Hospital", os nossos resultados obtidos com a realização de várias provas de avaliação da resistência individual nos operandos. A prova descrita pelo Dr. Pernet, lembra o "test" de Camp-tou que foi por nós estudado. Nas nossas observações, colhemos dados interessantes, que nos levaram a concluir em favor dos vários "tests", como um meio útil de avaliação pré-operatória.

Dr. Moacir Navarro: — O teste que o autor apresentou vem por em foco a necessidade imprescindível de tratar com maior carinho os doentes antes de serem operados. Fica provado que os exames usados até agora, os chamados de rotina, são insuficientes para revelar esse estado potencial desses indivíduos, candidatos forçados a um choque ou pelo menos mais sensíveis ao desencadeamento desse colapso periférico. A sua conferência não podia passar sem um comentário que eu como clínico desejo fazer. O que resulta dos trabalhos referidos e que parece que o biótipo influi sobre o comportamento dos doentes nos pós-operatórios.

Além disso o eletro cardiograma é elemento imprescindível para julgamento pré-operatório. Existe a prova de síncope vertical que os alemães estudaram bem.

**DR. SYLVIO COSTA BOOCK**

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA MARCONI, 48 - 3.º ANDAR - APART. 34 — FONES: 4-7744 E 8-2134

## SECÇÃO DE TISIOLOGIA EM 23 DE NOVEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. Joaquim Gomes dos Reis

**Técnica de fechamento no pneumotorax extrapleural.** — Dr. Eduardo Etzel. — O fechamento da abertura do torax no pneumotorax extrapleural com a técnica inicial de Schmidt é insuficiente. O emprego do músculo pequeno denteado posterior e superior é também de resultado precário.

Dado a grande importância de um bom fechamento para a evolução imediata do pneumotorax extrapleural, resolvemos divulgar a técnica que usamos atualmente e que consta de três pontos principais:

1) Incisão curva posterior com secção da musculatura o que dá ampla exposição do gradeado costal.

2) Mobilização dos músculos intercostais com deslocamento do periosteio na hemi-face superficial e bordo das costelas limitantes.

3) Aproximação das costelas com o instrumento aproximador com possibilidade de dupla linha de sutura dos músculos intercostais.

A técnica que divulgamos nos seus itens 1 e 2 não é original e seu autor nos é desconhecido.

O fechamento do pneumotorax extrapleural segundo a técnica proposta é praticamente completo e permite insuflações positivas 24 horas após a operação. Tem a grande vantagem de dificultar e mesmo às vezes impedir a saída de ar da bolsa extrapleural evitando assim as oscilações de pressão que favorecem as hemorragias secundárias.

Esta técnica de fechamento é recomendada pelos bons resultados obtidos em mais de 40 casos operados.

Comentários: — Dr. Rui Dória — Quem está habituado a en-

frentar dificuldades de ordem cirúrgica que o pneumotorax extrapleural às vezes apresenta, vê claramente que a maneira pela qual o Dr. Etzel vem realizando o fechamento é uma inovação útil, principalmente em doentes com músculos em estado de atrofia. É bem verdade que executando toracoplastias em pacientes anteriormente operados de pneumotorax extrapleural encontrei sempre como ponto de maior resistência da parede a brecha por onde havia sido praticado o pneumotorax extrapleural, mesmo quando o fechamento da brecha havia sido praticado com a técnica primitiva de Echmidt. O que a técnica proposta pelo Dr. Etzel pretende no entanto é uma maior solidez imediata. Lembro-me que o Dr. Fernando Paulino (com quem fiz um trabalho sobre o assunto) teve ocasião de desferir a costela situada acima ou abaixo da costela ressecada cortando-a para alargar o campo de visão e com isso ficava mais manejável a sutura do retalho profundo. Com isso ficava ainda mais desdobrado o periosteio o que me faz agora perguntar se não haverá vantagem em desprender os periosteos também na face profunda das costelas o que poderia dar maior extensão para a sutura que o Dr. Etzel propõe. Já tive ocasião de tentar a sutura do Dr. Etzel e não consegui realiza-la bem, já por falta de prática, já porque os espaços intercostais no caso fossem muito largos, já pela falta do aproximador costal do Dr. Etzel que me parece instrumento indispensável para a boa execução da técnica. De qualquer forma porem eu aprovo o método de fechamento do Dr. Etzel pois aproveita todos os elementos da parede que as técnicas anteriores empregavam e acrescenta ainda mais um plano com a junção dos periosteos revirados. E isso há de reforçar a sutura da

brecha sem duvida. Vejo com satisfação que o pneumotorax extra-pleural, intervenção collapsoterápica que pratiquei largamente e defendi com entusiasmo naqueles tempo de descrença a que se referiu o Dr. Etzel, acabou sendo aceito e praticado por todos. Tive naqueles tempos maus casos mas também tive muitos casos brilhantes e até curas surpreendentes. O Dr. Fleury deve estar lembrado de um seu cliente de Piracicaba, caso gravíssimo que operei em plena evolução e em condições precárias, cujo post-operatório foi tão agitado que me arrependi de ter intervindo e que curou-se e voltou à vida normal. Vejo com satisfação que o Dr. Etzel chegou também à conclusão de que o pneumotorax extra-pleural tem lugar definido na colapsoterapia. Já a tese de Zerbini confirmara minhas afirmativas aqui feitas em 1937 quanto ao valor do método na terapêutica da tuberculose. Compartilho plenamente da opinião do Dr. Etzel quanto ao aproveitamento do músculo pequeno dentado no fechamento da parte mais externa da brecha, quanto à direção da incisão cutânea e muscular e também quanto à escolha da costela a seccionar.

A 5.<sup>a</sup> costela me parece melhor que a 4.<sup>a</sup> facilitando o acesso, o deslocamento e o fechamento. Penso que a técnica de fechamento proposta pelo Dr. Etzel oferece vantagens porque dá reforço imediato à sutura e por isso estou disposto a adopta-la na prática.

Dr. Fleury de Oliveira — O dr. Etzel cita 3 períodos do pneumotorax. Na fase em que estamos queremos qualquer coisa a favor do pneumotorax para se manter a indicação. O Dr. Etzel esqueceu-se do fato do pneumotorax extra-pleural ter sido indicado como terapêutica reversível quando não é; tornou-se um método de ordem definitiva porque os pneumotorax que nós acompanhamos desde 38 e que não se seguiram de symphise progressiva, não se expandiram satisfatoriamente. Uma das coisas

que o A. diz é que a técnica proposta traria grande avanço. O dr. Etzel me desulpe mas a consequência de um mau fechamento ou se o seu fechamento é próximo de 100% ou um pouco menos, se for possível uma vigilância continua com os raios X, poderemos compensar as perdas de ar. De modo que se volta sempre àquele princípio, será que não é mais simples introduzir a agulha e fazer a insuflação ou é preferível fazer a modificação que o dr. Etzel propõe? Pergunto agora: Suponhamos que ele tenha feito essa técnica e esse doente mais tarde faz toraco-plastia (?). Quero saber se ele tem radiografias do doente para vermos se isso não significará maior embaraço para se fazer a toraco-plastia. Não entendo disso e quero apenas saber a opinião do Dr. Etzel. se de fato é mais simples, se não prejudica.

Dr. Mário Degni — Foi grande a nossa surpresa de ouvir a exposição de uma técnica que ao lado de ser muito trabalhosa e difícil era também muito complexa. Realmente complicada porque o Dr. Etzel é obrigado a desperdiçar nada menos de 3 costelas o que exige uma ampla incisão e sacrifício grande dos músculos. No particular podemos afirmar que nossa técnica de fechamento do pneumotorax extra-plural, cuja exposição não cabe agora, pode não ser superior à do Dr. Etzel nos resultados, porem sem dúvida é incomparavelmente mais simples. Outras questões que desejamos frizar é o problema do regime tensional da câmara gasosa extra-pleural. Nossa experiência pessoal confirmando a observação de clínicos mais experientes, verificou que não há necessidade de hipertensões progressivas e exageradas (+ 20 + 30) nos primeiros dias (que são os mais críticos) do post-operatório, sem haver diminuição seria da câmara extra-pleural. Ora se este fato de verificação é inegável, deduz-se que o problema tão difícil do fechamen-

to do pireu extrapleural ficou banalizado. Hoje não se admitiria a técnica do osteoplastia de Krampf pois de qualquer técnica será exigido como condição fundamental, que seja simples e de execução fácil, do contrário não satisfaz os objetivos a que se propõe.

Lembro também aqui, que a técnica de mioplastia com o pequeno denteado posterior e superior do prof. A. Correia Netto é simples excelente e eficiente. Ela sofre uma crítica de não ser universal, isto é, de não servir para as via axilar ou anterior, porém desde que se entre por uma das costelas em que ele se insere indiscutivelmente constitui ótima técnica. Comprova a experiência bem grande de Zerbini que nunca se desgostou dela. Schmidt e Gral que são os autores de enormes experiências com o pneumotorax extrapleural aceitam o pequeno denteado posterior e superior (ele faz a divisão do músculo) para proteger a sutura da "fascia" endotorácica e do leito periostal.

Diz o Dr. Etzel preferir entrar pela 6.<sup>a</sup> costela porque assim obtém um grande descolamento. No entretanto os AA. citados logo acima, com experiência invejável no assunto, fazem a via de acesso pela 4.<sup>a</sup> ou 5.<sup>a</sup> costela. Tem-se a impressão que o Dr. Etzel quiz fugir da zona da inserção do pequeno denteado posterior e superior.

Alem disto perdeu o Dr. Etzel ótimas formações moles da região; a mona da goteira lombar, por exemplo, como recomenda Corrylos.

Vejamos agora as críticas propriamente à técnica apresentada pelo Dr. Etzel; críticas orientadas aliás no sentido construtivo. Preconiza o Dr. Etzel a incisão do periosteio na face externa das costelas adjacentes àquela ressecada; faz o descolamento do lábio periostal proximal em relação à costela ressecada, sem contudo atingir a borda da costela. Pretende com essa manobra fazer a mobilização dos músculos intercostais

de modo a aproximá-los. Em realidade não há mobilização com o descolamento periostal, pois o músculo intercostal insere-se na borda inferior da costela e não na sua face externa. Agrava ainda o fato de o próprio Dr. Etzel recomendar que não se desperdiçasse a borda inferior ou superior das costelas adjacentes àquela ressecada, pois ao tentar fazê-lo num dos seus casos perfurou o leito periostal, por onde saiu posteriormente ar da câmara extrapleural.

Conclui-se, não desmerecendo o esforço do A. que sua técnica é destituída de bases anatómicas técnicas no seu princípio central ou seja o da pretensa mobilização dos músculos intercostais.

Corroborando a conclusão acima, basta lembrar que para suturar os músculos intercostais propôs o Dr. Etzel que se avizinha as costelas com um aproximador auto-estático, a fim de que seja possível suturá-lo. Ora, isto dito em outras palavras quer dizer, com plena confissão do próprio A. que, ou não há mobilização dos músculos intercostais, ou é praticamente nula.

Porém, na sutura dos intercostais com aproximação das costelas surgê nova crítica à técnica executada pelo A., E' que a sutura em tensão é criticável em qualquer região do organismo, o que não se dirá no caso particular do pneu extrapleural. Realmente havendo tensão os fios escorregam no músculo intercostal e abrem uma série de pertuitos por onde se escapará o gás em tensão exagerada (como realiza o Dr. Etzel) na camada extrapleural.

Há ainda uma 3.<sup>a</sup> crítica a fazer. Como é conhecido em anatomia, os elementos vâsculo-nervoso intercostais caminham mais ou menos no meio dos espaços intercostais no seu segmento posterior. No espaço intercostal acima da costela ressecada ficam os elementos vâsculo-nervoso. Ao realizar a sutura, pode haver no englobamento do nervo naquela

(com pleurite traumática) ou perfuração da artéria intercostal com hemorragia intra-cavitária de caráter mesmo mortal.

A história do pneu extrapleural registra um caso no qual ao fazer o fechamento do pneu funcionou a artéria com hemorragia interocavitária mortal. Outro caso é o de Schmidt, em que seccionada a artéria esta se retraiu com hemorragia pós-operatória gravíssima.

Não bastasse a base anatômica desta crítica aí estão exemplos vivos do que pode ocorrer na desobediência à anatomia. Aliás o 1.º caso citado é que ditou a técnica muito prudente, bem descrita por Schmidt, de ressecar o feixe vascular-nervoso situado abaixo da costela ressecada.

Poderia o Dr. Etzel sugerir, para se acobertar desta crítica, a sutura bem baixa do músculo intercostal situado acima da costela ressecada. Nesse caso a sutura tecialmente os vícios de ordem ana-a aproximação da costela, poderia desgarrar completamente no músculo intercostal.

Dada a complexidade e especialmente os vícios de ordem anatômica e técnica do processo apresentado, acreditamos que o mesmo não terá a simpatia dos cirurgiões e não ganhará os direitos de rotina.

Dr. Eduardo Etzel — O problema do pneumotorax extra-pleural é de fato muito interessante porque suscita sempre a maior disparidade de opiniões.

O Dr. Doria, como cirurgião experimentado sabe as dificuldades com o pneumotorax extrapleural. Só quem, como o Dr. Doria, já enfrentou muitos casos, só quem já sofreu os azares das complicações, só quem viu a evolução longa dos doentes operados pode compreender a util inovação desta técnica, pois estou convencido de que tal fechamento será adotado pelos que quizerem fazê-lo da melhor forma. A objeção da vantagem de descolar também a face

inferior da costela, devo esclarecer que precisamos evitar que tal aconteça pois descolando a face inferior corremos o perigo de perfurar o periosteo estabelecendo uma comunicação com a bolsa extrapleural, cujo fechamento é muito difícil por estar debaixo da costela. Assim, o descolamento do periosteo deve ser na hemiface externa e bordo da costela, pois assim a mobilização do músculo intercostal é máxima. Estou de acordo com o Dr. Doria quanto à incisão dos músculos para melhor exposição: não posso me conformar com as incisões usadas pelos argentinos com divulsão muscular para exposição das costelas. A incisão como dizia o prof. Sergio Meira deve ser "necessária e suficiente". O perigo de lesar a artéria intercostal acima situada é inexistente pois os pontos devem apanhar a musculatura no bordo e não devem ser profundos.

Ao Dr. Fleury de Oliveira: — Ao contrário, sou de opinião que um bom fechamento do pneumotorax extrapleural é essencial. As consequências de um mau fechamento são muito grandes. Um bom fechamento traz socego ao doente e ao cirurgião. Vejo o doente 24 horas após a operação, salvo alguma eventualidade, hemorragia, por exemplo. Ao invés de uma vigilância constante por causa de um mau fechamento prefiro o exame com intervalos de 24 horas.

São vários os casos de perda de pneumotorax após a operação embora seja um só do Jaçanã. As verificações constantes de pressão e ar, oscilações de pressão, favorecem a infecção e a hemorragia. Quanto à pergunta do fechamento proposto dificultar uma toracoplastia posterior creio que, ao contrário, facilita pois a neoformação da costela é mais regular e mais robusta, o que favorece a sua extirpação no caso de toracoplastia.

Ao Dr. Mario Degni: — Se tivesse feito a técnica que pro-

pomos, veria que ao contrário de complicar, simplifica muito o ato operatório. O Dr. Doria, que tem experiência longa, aceitou a técnica, com leves restrições, porque sabe as dificuldades com as técnicas anteriores.

O Dr. Degni afirmou que hoje não se usa mais insuflar com pressões positivas, pelo que não há necessidade de um fechamento completo; com isto revela sua falta de experiência pois usa-se com vantagem a pressão positiva logo nas primeiras insuflações, havendo um bom fechamento. É sabido que a retração pulmonar, consequência do componente fibroso da lesão, é muito variável; há pulmões que se retraem fortemente e não se expandem nem com forte tosse, neste caso não há necessidade de grandes insuflações pois mesmo com mau fechamento a bolsa se mantem: mas os casos sem fibrose com expansão à simples expiração, estes, se a bolsa não for mantida com pressão positiva haverá reexpansão e perda do pneumotorax; são os casos que apresentam respiração paradoxal na toracoplastia em contraposição aos fibrosos com boa retração. Portanto a premissa do Dr. Degni de que não há necessidade de um fechamento completo, está errada. As insuflações positivas com 5 a 10 cm. de água evitam as hemorragias e são indicadas e possíveis com esta técnica que será adotada, salvo naturalmente a técnica que o Dr. Degni anuncia para breve que poderá ser melhor e

trará benefícios para todos. Quanto à mioplastia que o Dr. Degni com tanta ênfase diz ser do Prof. Correia Netto, mantenho o ponto de vista exposto, só é útil para reforçar o segmento posterior da sutura, se feito em altura conveniente e com bom desenvolvimento do músculo.

As críticas anatômicas também não procedem; disse bem claramente que descolo o bordo da costela e não só a face superficial como afirmou, assim, a mobilização do músculo intercostal é muito grande. Quanto à crítica de ordem técnica de que uso o aproximador de costela para o fechamento, prova que a mobilização é insuficiente, não procede também pois fechei pneumotorax extrapleural sem o aproximador durante mais de dois anos, embora o faça com vantagem agora com o novo instrumento.

Referente ao "célebre" caso alemão de hemorragia com a punção e ferimento de artéria intercostal, ainda transparece a falta de experiência do Dr. Degni, pois usa a técnica citada no livro de Kremer de punção ao nível da incisão, técnica deficiente por ilógica com perigo de contaminação da ferida, ponto de menor resistência. Faço, ao contrário, pneumotorax na região peitoral sem maior perigo de lesar a artéria intercostal.

Assim regeito as críticas anatômicas, técnicas e clínicas do Dr. Degni, até melhor prova em contrário.

#### SECÇÃO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA EM 22 DE DEZEMBRO DE 1944

Presidente: Prof. Dr. Rafael Penteado de Barros

**O ácido nicotínico no tratamento do mal dos raios.** — Dr. Zwinglio Temudo Lessa. — Comentários. — Dr. Roxo Nobre. — Esta me pareceu oportunidade extraordinária, porque pouco se conhece da aplicação do ácido nicotínico. No Instituto temos tido oportunidade

de ver excelentes resultados que o autor obteve com o ácido nicotínico. Não fizemos estatísticas, mas a impressão clínica confirma as referências que fazemos. Alguns comentários devem ser feitos a fim de mostrar o empenho com que foi ouvido esse trabalho. Não



sei se foi engano, mas parece que se ouvi o dr. Lessa dizer que ia fazer comunicação sobre mal dos raios X. Se foi esse o título dado ao trabalho, acho que seria mais oportuno usar a expressão mal dos raios, porque não é acidente exclusivo dos raios X, mas sim de todos os raios. Há porém, outro assunto mais interessante, que é o seguinte:

O mal dos raios é fato que se encontra com relativa frequência. Só raramente a lesão assume grande proporção. Essa ressalva deve ser feita no interesse da radioterapia e do artigo do dr. Lessa. A estatística foi bem organizada, mas para quem quisesse criticar com severidade na classificação a estimativa de resultados ótimos e resultados bons, seria necessário fazer uma ressalva, à inclusão entre os resultados ótimos, aqueles clientes que fizeram uso de ácido nicotínico como meio profilático. A profilaxia é útil, e necessária, e de resultados práticos bons, mas os seus resultados não devem ser incluídos entre os resultados ótimos. Talvez que, lendo o seu trabalho, a questão se torne clara.

Dr. José Moretzsohn de Castro — Pelo que sei o 1.º trabalho sobre o assunto no Brasil, foi feito pelo dr. Barbosa Corrêa, e o 2.º pelo dr. Lessa.

No Uruguay estudaram um síndrome de carência, que se assemelha à sintomatologia que o dr. Lessa descreve como sintomatologia geral do mal dos raios. Assim, eu queria lembrar se o ácido nicotínico dá resultados para o síndrome de carência e, em alguns casos de cinética do tubo digestivo dá resultados, mas falha às vezes. Nos casos de falhas, alguns autores notaram que o complexo vitamínico B dá resultados magníficos. Eu pedi a palavra para lembrar que se experimente o fermento de cerveja fresco, quando o ácido nicotínico não der resultados, principalmente quando der perturbações do aparelho digestivo.

Dr. Campos Pagliucchi — No aparecimento do mal dos raios, existe o elemento psíquico, representado pelo doente, porque, em geral o doente é submetido a tratamento com encenação. Ele não sente nada durante a aplicação. Ele tem necessidade de mostrar que sentiu alguma coisa. Quando perguntamos se ele sentiu reação, ele procura achar uma série de fenômenos, que às vezes são meras coincidências. Isto vem aumentar a estatística do mal dos raios. Eu tenho empregado vitamina B, mas também emprego certa dose de terapêutica psíquica.

Prof. Dr. Rafael de Barros — Quero perguntar se o autor observou casos em que o ácido nicotínico produzia perturbações e se julga inócua esta terapêutica. Há casos em que a reação provocada pelo ácido nicotínico pode ser incomoda e desagradável. O ácido nicotínico não é tão inócuo. Eu pergunto se o autor não observou casos de congestão perifacial pelo menos.

Dr. Waldo Rolim de Moraes — Aproveito a oportunidade para fazer uma objeção ao que ele disse na questão da reação psíquica do paciente, porquanto temos todos conhecimento de casos de reação do aparecimento do mal dos raios em crianças de tenra idade. Deve-se pôr sempre de lado a questão psíquica que possa ter uma criança. De maneira que essas reações do aparecimento do mal dos raios podem aparecer independente do fator psíquico.

Temos observado que a reação típica do ácido nicotínico, aparece em quase todos os casos em que o mesmo é administrado em jejum. Surge a reação com forte, rubor, intensos pruridos etc.

Observamos que nestes mesmos indivíduos não se apresenta nenhuma reação quando ele é aplicado após as refeições.

Dr. Zwinglio Themudo Lessa — Quanto ao Prof. Rafael de Barros tenho a dizer que tenho observa-

do essa reação cutânea. Pode-se evitar isso, dissolvendo-se o comprimido em água tépida ou tomando-o em doses espaçadas e de preferência comprimido de 25 miligramas. O inconveniente é pequeno.

Quanto ao dr. Rolim, êle falou de crianças; quanto a isso os colegas devem ter observado que o mal dos raios é raro em crianças. Eu me referi a casos que precisaram indicação e não casos psíquicos. Há casos em que o doente nem se queixa.

Quanto à medicação preventiva, eu a fiz nos casos em que esperava que desse resultado. Dei o ácido nicotínico preventivamente nos casos em que esperava reação.

**Aspectos radiológicos da artrite reumatóide. Estatísticas sobre 160 casos.** — Drs. Marcelo Lucchesi e Oswaldo Lucchesi. — Neste trabalho os AA. sistematizaram as lesões ósteo-articulares observáveis aos raios X e a classificação dos sinais radiológicos segundo o período da artrite reumatóide, tendo sido demonstradas a natureza e a marcha do processo anátomo-patológico que caracteriza as diferentes fases desta modalidade de artrite crônica.

Estudam 300 radiografias de 160 casos de artrite reumatóide propriamente dita já observados, 5 dos quais em período inicial, 12 em período de estado e 33 no período terminal, e salientam os valores diagnóstico e o diagnóstico-diferencial de cada tipo de lesão, principalmente daquelas cuja natureza e significação são quase que desconhecidos em nosso meio, apesar de sua grande importância.

Acentuam os AA. que a radiologia, nas artrites crônicas, desempenha um papel relevante, fornecendo dados de valor insubstituível para estimar-se o grau de um comprometimento articular, por exemplo. Ou então, em certos casos atípicos, de anamnese obscura e cujos exames de laboratório não

forneçam elementos positivos para estabelecer-se imediatamente um diagnóstico seguro, poderá ser a radiografia o recurso mais útil de que se lança mão para a respectiva elucidação, proporcionando-nos determinados detalhes que, quando corretamente reconhecidos, muitas vezes fazem um diagnóstico diferencial ou permitem afirmar com segurança a existência de uma artrite reumatóide. Tais casos, contudo, não constituem a regra, e são, antes, as exceções. O habitual é que o enfermo faça a sua radiografia tendo o reumatólogo estabelecido previamente o seu diagnóstico. Servir-nos-á ela, então, principalmente para observarem-se a intensidade e a extensão das lesões orgânicas, e não a sua natureza.

Em reumatologia, mais do que em qualquer outra especialidade, é necessária uma colaboração mais íntima entre o reumatólogo e o radiologista, os quais deveriam trabalhar em interdependência para que fôsse possível o esclarecimento mútuo de certos fatos obscuros que, em determinados casos, dificultam uma orientação segura, principalmente por parte do segundo. Como, porém, isto nem sempre é possível, parece aos AA. mais razoável que deva ser o reumatólogo um bom interpretador das alterações radiológicas apresentadas pelos enfermos que teve a ocasião de examinar em tôdas as suas minúcias clínicas, do que exigir-se sistematicamente dos radiologistas, pela simples observação de radiografias, o diagnóstico preciso de um síndrome extremamente complexo e extenso que êles não têm a obrigação de conhecer em todos os seus detalhes.

Como conclusão, afirmam os AA. que é o reumatólogo quem deve elucidar o radiologista, e não o contrário, como se faz correntemente na clínica.

**Comentários:** — Dr. Octavio Dantas: — Desejo perguntar aos Drs. Lucchesi se, entre as pro-

vas de laboratório por eles comumente empregadas, existe algum "test" especial para elucidação diagnóstica.

Dr. José Moretzsohn de Castro: — Os Drs. Lucchesi focalizaram uma questão de técnica muito importante, que eu queria ressaltar: é o problema da radiologia das partes moles periarticulares. Essa técnica já é bem conhecida e, no próprio catalogo da General Electric, está bem especificada.

Ultimamente fiz experiências, empregando tal técnica e usando filmes comuns. Porém, com o emprêgo de filmes especiais, que não existem no Brasil porque ninguém os pede, mas que nos EE.UU. são comuns, a técnica dá bons resultados. Na falta desses filmes especiais, empreguei o filme comum, usando, porém, o "chassis" sem écran, com resultados apreciáveis. Com o uso de filmes especiais, o resultado deve ser maravilhoso.

Prof. Rafael de Barros: — Eu não estou muito de acôrdo com a denominação que os Drs. Lucchesi deram à osteoporose, a qual denominaram de "desossificação", para significar a falta de osso. Fazem parte do osso dois componentes: um orgânico e outro mineral. O que falta, justamente, naqueles ossos, atingidos pela artrite reumatóide é o componente mineral, de maneira que a denominação de "desmineralização", eu penso, seria mais científica.

O segundo ponto que me chamou a atenção é o que se refere às imagens fusiformes que, segundo os Drs. Lucchesi, são típicas e suficientes para afirmarem um diagnóstico. Eu acho que deveria ser acrescentado o adjetivo de imagens fusiformes múltiplas e que, também, são observadas na artrite tuberculosa.

Outro ponto que eu quero frisar é o que diz respeito às áreas de escavações, dando ao osso um aspecto de pequenas perdas de substância óssea, como se fossem

extraídas por um instrumento cortante. Eu preferia chamá-las de áreas de osteólise, que são típicas. O radiologista que não as vê é porque não estuda bem as suas radiografias, porquanto a sua visualização não é difícil.

Fiz estas considerações mais com o fito de honrar os autores uma vez que sua presença nesta Secção têm sido continua, apresentando trabalhos muito interessantes e bem documentados, do que propriamente com o espirito de critica.

Dr. Marcello Lucchesi: — Respondendo, inicialmente, ao Prof. Rafael de Barros, sobre a questão da "desossificação" e desmineralização, quero frisar, ainda uma vez mais, que na artrite reumatóide, não há subtração de elementos minerais, o que se pôde verificar perfeitamente, pelas dosagens do cálcio, fósforo e fosfátases sangüíneos, que se apresentam sempre dentro de seus limites normais. Essa menor transparência ossea, observável na artrite reumatóide, sob o ponto de vista anátomo-patológico, é devida, unicamente, a um processo de osteoclasia, com rutura das trabéculas ósseas e substituição delas por tecido conjuntivo pouco denso. Por isso é que deveremos chamar a essa menor transparência óssea, de "desossificação" e nunca de "demineralização", pois aquela denominação é mais científica e traduz fielmente a fisiopatologia óssea da artrite reumatóide.

Quanto ao problema da inflamação fusiforme, eu insisto na sua especificidade e o simples fato dela ser observável na artrite tuberculosa não invalida tal especificidade, uma vez que sabemos que a artrite tuberculosa nada mais é do que uma "artrite reumatóide de causa conhecida". Como já frisámos, em trabalhos anteriores, a artrite reumatóide compreende as artrites de causa conhecida e de causa desconhecida. Entre as de agente conhe-

cido estão as artrites tuberculosas, gonocócica, a gôta, etc.

Igualmente, no que se refere às áreas escavadas, também são elas especificadas, bastando a sua presença para poder-se confirmar o diagnóstico.

Respondendo ao Dr. Moretzsohn, temos a dizer que a sua observação é justíssima. Cápsula articular, membrana sinorial e demais tecidos componentes das partes moles periarticulares, somente serão visualizados empregando-se raios moles e de pouca intensidade.

Ao dr. Dantas, tenho a informar que não nos parece haver

uma alteração hematológica específica na artrite reumática. Estamos procedendo, no momento, à realização, de uma estatística, baseada em cerca de 200 casos, parecendo-nos que as alterações hemotológicas encontradas são as mesmas dos processos inflamatórios crônicos.

Atualmente estamos fazendo estudos sobre a reação de Weltmann na artrite reumatóide, que parece fornecer informe mais sensíveis de que a hemossedimentação. As conclusões definitivas somente poderão ser emitidas quando terminarmos esse nosso trabalho.

#### SECÇÃO DE UROLOGIA EM 22 DE DEZEMBRO DE 1944

Presidente: Dr. Ataíde Pereira

**O reservatório de espermatozoides no homem.** — Dr. José Taliberti. — Comentários. — Prof. Dr. Ataíde Pereira. — Diz o Dr. Taliberti que os anatomistas raramente encontram nas disseções, o musculo transverso do perineo.

Não compreendo a razão. Tenho habito das operações perineas e nelas este musculo é ponto de reparo precioso e sempre encontrado.

Se o cirurgião não leva isso em conta, no acesso à prostata, pode enveredar a dissecação por entre o transverso e o bulbo cavernoso o que constitue um grave erro de técnica.

Também nas operações de estreitamento da porção bulbar da uretra, na operação de Lowsley para "impotencia" tanto o transverso do perineo como o bulbo cavernoso devem ser bem isolados para melhor conduto operatório. O transverso é ponto de reparo que não se despreza.

Na questão dos reservatorios de espermatozoides devo lembrar que também na ampulla do deferente eles são encontrados com frequência.

Diz o Dr. Taliberti que após a 3.<sup>a</sup> ejaculação o homem se torna esteril. Não concordo.

Quando muito se torna infertil transitóriamente. As peças anatomicas apresentadas são bastante instrutivas sobretudo para fundamento das prostatectomias permaes, vesiculectomias, etc.

Dr. Taliberti: — Quero explicar que não disse que o musculo transverso superficial perineo era difficilmente encontravel e sim que era difficil se encontrar musculos tão fortes embora seja êle inconsciente. Ele quasi que se continua com o rebordo do musculo transverso profundo do perineo. O musculo transverso profundo de perineo musculo do trigono no seu bordo posterior quasi que se confunde com o transverso superficial do perineo. Por isso também, pode servir de ponto de reparo nas operações perineais. Quanto ao fato da ampulla deferente ser reservatório de espermatozoides quero aduzir um argumento em favor das afirmações de Von Lanz: E' que o testiculo ectópico não fabrica espermatozoides. Portanto se os espermatozoides se acumularem na ampulla do deferente sofreriam aí as

condições desfavoráveis, as quais se encontra submetido o testículo ectópico. As favoráveis são as que se encontram na cabeça do epidilimo; pois é conhecido de todos nós o aparelho termo regulador que facilita a vida do espermatozoide, permitindo conservação melhor. Esse é o argumento que queria aduzir. Quando disse que na 3.<sup>a</sup> ejaculação o homem era praticamente estéril poderia ter dito infértil, pois os conceitos aqui, nessas condições, quasi que se superpõem.

#### Métodos operatórios de tratamento da incontinência urinária.

— Dr. Geraldo Vicente Azevedo. — Depois de recordar resumidamente a estrutura anatómica do aparelho esfinteriano véscico-uretral, no homem e na mulher, o A. salienta a importância primordial de um diagnóstico exato da causa da incontinência urinária, para o qual o elemento mais valioso é a uretrografia. A incontinência é muito mais freqüente na mulher do que no homem e naquela predominam os casos originados de lesões obstétricas, que geralmente acarretam a denominada "incontinência uretral de esforço". Devidamente esclarecida a causa, seja simples lesão do esfíncter, seja do seu aparelho de fixação, seja de ambos, far-se-á com acerto a indicação terapêutica, que as mais das vezes corresponde a processos operatórios. Há, entretanto, na mulher, certos casos de incontinência que não exigem tratamento cirúrgico, pois são resultantes de uretrite crônica e distúrbios endócrinos do climatérico. O A. descreve as técnicas operatórias mais recomendadas para a cura da incontinência urinária: a plástica muscular direita de Stoeckel ou operação de Kelly, a plástica pirâmido-fascial de Boebell-Stoeckel, a plástica do bulbo-cavernoso de Martius, a operação de Deming com o *musculus gracilis* (reto interno), a operação de Lowsley para a mulher e a técnica do mesmo autor

para o homem, ilustrando a exposição com projeções. A operação que oferece resultados mais seguros é, na opinião do A., a plástica de Goebell-Stoeckel, da qual descreve também as modificações de Cramer e de Aldridge (incisão de Pfannenstiel, retalhos aponevróticos transversais).

Comentários: — Dr. Ataíde Pereira: — Devo dizer que na questão da incontinência todos nós estamos de acordo com os dados de patogenia expostos pelo Dr. Geraldo.

Hoje muitas dessas operações são preferidas pelos conceitos por ele expostos: sobretudo a operação de Goebell-Stoeckel. A respeito dessa operação quero lembrar que a fiz pela primeira vez entre nós em 1922 na Santa Casa de Santos, e com bom resultado.

Depois disso a transporte para o serviço de Ayres Netto onde o dr. Geraldo a desenvolveu, e fez operação de escolha para os casos de incontinência na mulher.

Quando o Dr. Geraldo falou a respeito do esfíncter do cólo na questão do adenoma da prostatita, disse que a operação quasi sempre o lesa.

Não é o que penso.

Pelos conhecimentos técnicos e pelos nossos achados radiológicos, de muito modificamos esse modo de pensar. Quem primeiro lesa o esfíncter é o próprio adenoma no seu crescimento.

A proporção que ele cresce e se intromete no esfíncter, o distende até o ponto em que as fibras musculares perdem a contratibilidade. Chega a um ponto em que do esfíncter restam escassas fibras em torno do tumor. Extirpado este cirurgicamente, o doente não pode mais contar com a ação do esfíncter liso. A continência post-operatória é mantida então pelo esfíncter estriado. Quando o adenoma se desenvolve para o perineo (sub vesical) respeita o esfíncter. Nesse caso a operação suprapubica feita sem a devida atenção para este mús-

culo, pode extirpá-lo conjuntamente com o tumor. Isso entretanto não é correto. No cancer da prostata cujo desenvolvimento difere do adenoma o esfíncter permanece após a operação permeal; permitindo a continência.

Hoje, tanto nas operações suprapubicar como na perineal o esfíncter é internamente poupado, salvo quando o adenoma pela excessiva distensão já o destruiu.

Seria ainda oportuno dizer que o Dr. Geraldo olvidou-se citar a operação de Frank Mackey, na

qual é apresentado o músculo trigonal como novo esfíncter. Sua técnica está publicada no "The Journal of Urology" de junho de 1944.

Dr. Geraldo Vicente de Azevedo. — Quanto ao adenoma estamos todos de acôrdo. Quanto a tecnica de Macky, parece-me pouco prática mais difficil do que as outras técnicas, e os resultados ainda são desconhecidos. E' preciso que seja criticada para que depois possa ser recomendada.

#### SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA EM 28 DE NOVEMBRO DE 1944

**Cancer na mulher e hormônio sexual masculino.** — Dr. José Nemirovsky. — O A. inicia o seu trabalho citando algumas dentre as numerosas experiências que tendem a relacionar a gênese dos tumores malignos nos ratos a um excesso de estrógenos.

Cita outras opiniões que consideram a hereditariedade o fator fundamental. Lembra ainda o recente problema suscitado pelo fator leite, que eleva enormemente a incidência cancerosa em ratos de linhagem pouco suscetível, quando amamentados por fêmeas de linhagens altamente sensíveis ao câncer expontâneo.

A seguir são passadas em revista as experiências feitas em ratos cancerizados com propionato de testosterona, que apenas pode diminuir a incidência de Ca em linhagens sensíveis, não exercendo qualquer ação sobre um câncer já instalado.

Passando à experimentação humana, descreve pormenorizadamente as poucas observações existentes sobre o assunto, salientando os pontos altos dessa terapêutica que são os seguintes:

1.º) Em pacientes operadas por Ca da mama e mesmo reoperadas por recidivas, mas não apresen-

Presidente: Dr. Pedro Aires Neto

tando lesão atual em evolução, a administração do hormônio impediu o aparecimento de novas recidivas (observações de Loeser).

2.º) Em um caso de Ca mamário operado e irradiado, mas apresentando metástases ósseas disseminadas, a administração prolongada do hormônio, melhorou o estado geral, a dor, e o que é fundamental, melhorou notavelmente o aspecto histológico do tumor, pois que o novo exame mostrou ninhinhos carcinomatosos englobados por abundante tecido conjuntivo (observação de Fels).

O A. verificando que em tôdas as observações constatava-se melhora da dor, estudou a ação do hormônio masculino com aquela finalidade, em casos terminais de câncer do colo uterino. Foram feitas observações em 8 pacientes sendo os seguintes os resultados:

Nas pacientes das obs. 1 e 2 a ação favorável fêz-se sentir durante sete semanas, até pouco antes de falecerem. No caso 3, a doente passou bem durante 32 dias pedindo alta em condições favoráveis. Na obs. 4 parece tratar-se de um caso de intolerância o que é discutido. A paciente n.º 5 melhorou apenas durante oito dias, mas manteve-se posterior-



mente uma ligeira atenuação da dor. No caso 6 a melhora subjetiva durou 40 dias. A 7.<sup>a</sup> paciente acusou melhora 8 dias, posteriormente ligeira piora, e, pouco após, novamente alívio. Na paciente 8 a melhora subjetiva permanece já há mais de 3 meses. Nessa última, uma nova biopsia, após quasi 700 mg. de propionato de testosterona, não revelou alteração alguma.

A melhora do estado geral não faltou nunca, ainda que acompanhando a curva da ação analgésica.

A seguir, o A, discute as doses utilizadas e as manifestações arrenomimétricas consequentes. Passa após a estudar os possíveis mecanismos de ação do propionato de testosterona, salientando a inconsistência das hipóteses em assunto tão pouco estudado. Finalmente chega às conclusões, formulando as seguintes indicações para o hormônio sexual masculino.

1.<sup>o</sup>) Como medicação analgésica nos tumores malignos do colo uterino, mama e ovários em fase dolorosa final.

2.<sup>o</sup>) Como profilático das recidivas e metástases por Ca da mama extirpada. Aqui nada impede o auxílio concomitante dos R.X.

3.<sup>o</sup>) Como tratamento último em casos avançados de câncer mamário.

O A. termina a conferência salientando que embora essas indicações sejam precárias, o argumento é que nada de melhor há a fazer.

Comentários. — Dr. A. França Martins. — Parece que realmente o hormona masculino em doses elevadas possui ação analgésica, pelo menos atua de tal forma que há nítida sensação de euforia dos doentes e redução das doses de opiáceos. Tenho a acrescentar à observação do autor, aquela que lhe forneci os elementos que ao vê-la ainda hoje, verifiquei ter

passado mais de vinte e quatro horas sem opiáceos em razão do início da nova série de Testosterona. O prurido vulvar que recomencia também, já desapareceu.

Julgo que o problema ainda está muito obscuro, pois, as razões do emprego da Testosterona nos casos de câncer da mama são muito contraditórias. Citemos os casos de câncer da mama do homem, que se bem que raro, não deveria surgir, em razão da alta atividade da glândula masculina, acontecendo mesmo na idade madura a sua incidência. É verdade também que no homem o tecido glandular se acha atrofiado por constituição anatómica, o que contribue para a baixa incidência desta moléstia nos casos em apreço.

Quanto à ação dos estrogênicos como favorecedores no aparecimento do câncer, já é fato provado em laboratório, mas nem sempre isto acontece, devendo-se levar em conta sempre, pelo menos diante dos conhecimentos atuais o fator "hereditário". Lembro as experiências de Lipschultz, do Chile, que empregando doses elevadas de foliculina em ratos não propensos ao câncer espontâneo obteve o aparecimento de núcleos fibromatosos em vários órgãos abdominais, e não câncer. O mesmo acontece com Zondek, que, segundo a sua orientação emprega milhões de unidades de estrogênicos na mulher sem nunca ter observado o aparecimento do câncer ou ter havido modificações histológicas consideradas como tal.

Mas a observação do laboratório e também da clínica vem demonstrar que nos cancerosos a foliculina atua como incentivador, haja visto o câncer do colo uterino e da mama, na gravidez. Mas não é em o câncer que a foliculina assim atua, pois, já são sobejamente conhecidas a sua ação nas metástases do câncer da próstata. Tudo nos leva a pensar, diante da confusão que ainda tacteamos nes-

te terreno e que estas conquistas terapêuticas são apenas esforços elogiáveis na luta contra o mal.

Nas experiências que o conferencista citou de Bittner, quero salientar aquela que se referiu à transmissão do fator cancerígeno pelo leite da camondonga sujeita espontaneamente ao câncer. Essa transmissão, quero salientar, segundo o próprio Bittner, só se faz nas primeiras 24-48 horas da parturição e não em todo o período da lactação. Em razão dessas experiências, aliás magistrais no terreno da cancerologia muitos autores pensaram na existência de um "fator" extracromossomal, o que resultaria em alteração

profunda das leis da hereditariedade.

Dr. Pedro Ayres Neto. — O problema da etiologia do câncer está em aberto e todos esses trabalhos são pequenos dados para se resolver a grande incógnita.

Dr. José Nemirovsky. — Quanto à questão focalizada pelo Dr. França e o Prof. Prudente sobre a possível origem hormonal e a questão da hereditariedade, limitei-me a salientar fatores fundamentais que melhor caracterizam a questão, apenas fazendo sentir essa dúvida. Do contrário, ficaríamos até ao amanhecer, citando experiências num e noutro sentido.

## Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, Regional de São Paulo

SESSÃO DE 30 DE SETEMBRO DE 1945

Presidente: Dr. Rui de Souza Ramos

**\* Tecto cotyloideo na luxação congênita do quadril.** — Prof. Domingos Define. — O autor discutiu amplamente as diversas indicações dessa operação e as diversas técnicas cirúrgicas, apresentando dois casos de sua clínica nos quais praticou a intervenção com inteiro êxito.

**Reparação imediata pelo enxerto total livre nas mutilações plenas do dedo.** — Dr. Rui de Souza Ramos. — O autor expôs as várias técnicas seguidas para o tratamento dos ferimentos mutilantes dos dedos, demonstrando como é possível muitas vezes restituir a

forma da polpa digital, graças a uma técnica especial do enxerto de pele. Apresenta em seguida o processo por ele seguido e documenta com fotografias o resultado obtido.

O Dr. Arnaldo Pedroso Filho, convidado, discorre sobre os novos rumos e conceito atual da Fisioterapia em suas aplicações à reeducação dos casos ortopédicos, demonstrando que este setor da ciência tende a sair do empirismo dos massagistas leigos para obedecer às diretrizes científicas já bem desenvolvidas em outros países.

# TRANSPULMIN



## Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

SESSÃO DE 30 DE AGOSTO DE 1945

Presidente: Prof. Flaminio Favero

**Um caso de anclorose do dedo indicador da mão, em posição viciosa, prejudicando a mobilidade de toda a mão e um caso de "angeite obliterante".** — Prof. Flaminio Favero. — O A. apresentou um caso de anclorose do dedo indicador da mão, em posição viciosa, prejudicando a mobilidade de toda a mão e um caso de "angeite obliterante", que demandou amputação da perna, ambos motivados pelo trabalho. Discutiu os casos o Dr. J. B. Morais Leme.

**Comentários à nova lei de trabalho.** — Dr. J. B. Morais Leme. — O A. fez comentários à nova lei de acidentes do trabalho, tratou da definição do acidente, que excluía lesões quando não produzem incapacidade, e estudou a questão da incapacidade parcial e transitória, também não incluída na lei. Discutiram o trabalho os Drs. A. M. Leão Bruno, Tarcísio Leonce Pinheiro Cintra, Sílvio Marone e Flaminio Favero.

## Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 25 DE SETEMBRO DE 1945

Presidente: Dr. Hercílio Marroco

**Afasia motora de Broca.** — Dr. João Noel von Sonnleithner. — O A. apresentou um doente que fora acometido de afasia motora subita, em consequência de atropelamento na rua. O paciente foi tratado no Hospital São Lucas e se acha agora, 70 dias depois, com a recuperação quasi completa da palavra e respondendo às perguntas que lhe foram feitas com precisão, mas com ligeira dificuldade de articulação das frases. O A. fez considerações sobre a afasia motora de Broca, forma de que fora acometido o paciente. O dr. Jacir Quadros referiu-se à etiologia do mal, orgânica ou emotiva. O dr. Nogueira Mertins e o dr. Hercílio Marroco discutiram também as causas prováveis da afasia no caso apresentado.

**II Semana Regional de Medicina do Norte do Paraná.** — Dr. Eurico Branco Ribeiro — O A. relatou o que foi a II Semana Regional de Medicina do Norte do Paraná,

terminando por concitar os médicos de outras regiões do Brasil a realizarem certames semelhantes, de grande grande utilidade para a aproximação dos profissionais da classe e progresso da Medicina.

**III Conferência Regional de Tuberculose.** — Dr. A. Nogueira Martins. — O orador fez comentários sobre a recente III Conferência Regional de Tuberculose, realizada no Rio. Discutiu as conclusões aprovadas salientando a sua importância, principalmente no que concerne à profilaxia do mal. Criticou a orientação pouco prática seguida entre nós no que respeita à luta anti-tuberculosa. Discutiu a situação das sociedades que cogitam da assistência ao tuberculoso e suas relações com os poderes públicos. O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se a um plano de combate à peste branca da autoria do dr. Clemente Ferreira.

## SESSÃO DO DIA 9 DE OUTUBRO DE 1945

**Novo processo de tratamento das queimaduras.** — Dr. Eurico Branco Ribeiro. — O A. apresentou uma nota prévia sobre um novo processo de tratamento das queimaduras, pelo revestimento das lesões com uma pasta composta de óleo de fígado de cação, sulfanilamida e alumínio, mostrando as vantagens verificadas na prática. O dr. Oscar I. A. Bruno cumprimentou o autor pela feliz idéia de reunir três medicamentos que já eram utilmente aplicados para outros fins e que "a priori" faziam prever os excelentes resultados obtidos pelo autor nos casos tratados com o seu processo. O dr. Ernesto Afonso de Carvalho referiu-se à ótima associação medicamentosa, que tão bons resultados deu na prática. O dr. Hercílio Marroco lembrou-se desse um nome ao processo, e o dr. Oscar I. A. Bruno propôs o nome do autor e o de "tratamento das queimaduras pela pasta de alumínio (metálico)", pois como precisara o dr. Eurico Branco Ribeiro, o alumínio é que constitui novidade na associação medicamentosa.

**Torção do testículo.** — Dr. Ernesto Afonso de Carvalho. — O A. apresentou um caso de torção do testículo esquerdo, cujo diagnóstico foi firmado por alguns, pensando outros em hernia estrangulada. Descreveu detalhadamente a observação clínica e fez considerações sobre a contingência clínica, de relativa raridade,

Presidente: Dr. Hercílio Marroco

sendo este, possivelmente o 16.º da literatura nacional. Fez um apanhado da moléstia, apreciando a sua história, etiologia, diagnóstico e tratamento. Na discussão o dr. Eurico Branco Ribeiro citou um caso recentemente publicado nos Estados Unidos de torção bilateral concomitante, discutindo as singularidades do caso. O dr. Cabello Campos referiu-se às conveniências da apresentação de casos raros.

**Diagnóstico dos tumores intracranianos.** — Dr. Roberto Mela-ragno Filho. — O orador fez uma conferência sobre o diagnóstico dos tumores intracranianos. Referiu-se inicialmente aos elementos de diagnóstico, discorrendo a seguir sobre o aspecto essencialmente clínico, com a apreensão de generalidades, sinais gerais e sinais de localização. Expôs a hipertensão endocraneana, manifestada por sinais positivos: papiledema, cefaléia e vômitos, às vezes associados a perturbações mentais, crises epileptiformes, sensação de vacuo, bradicardia, bocejos, etc. Recordou os sinais de localização, citando os fornecidos pelo oculista e os dados pelo neurologista. Falou por fim dos exames complementares, ficando de apresentar maiores detalhes em sessão ulterior. O dr. Venturi Venturini referiu-se à bradicardia, de grande valor para alertar o clínico para um tumor cerebral. O dr. Hercílio Marroco também se referiu ao valor da bradicardia.

## CLINICA ROENTGEN

## RADIODIAGNÓSTICO

Exames radiológicos em domicílio

Dr. Raphael de Lima Filho  
Pedro Cabello Campos

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 644 ★ Fone 2-5831 ★ São Paulo

## Sociedade de Oftalmologia

SESSAO DO DIA 14 DE SETEMBRO DE 1945

Presidente: Dr. Silvio de Almeida Toledo

**Etiopatogenia da hipertensão arterial neuro-endocrina.** — Dr. Luis Miller de Paiva. — O A. falou discorrendo sobre as hipertensões de origem exógena e endógena. Acentuou, a seguir, a importância da hipertensão neuroendocrina, principalmente da psicogênica, diencefálica, hipofisária, tireoideia e renal. Falou também sobre hipertensões complicadas com angioespasmo, tendo frisado a importância do exame do fundo-de-olho para o prognóstico e, mesmo, terapêutica da hipertensão. Finalizou, tecendo rápidos comentários sobre a constituição e hereditariedade das hipertensões. Tendo o autor facultado a discussão sobre o tema tratado, foi ele comentado pelos Drs. Pereira Gomes, Orlando Aprigliano,

Durval Livramento Prado, Valdemar Niemeyer e Celso Toledo.

**Minhas opiniões a respeito das opiniões trazidas pela gonioscopia às diversas questões relativas ao glaucoma.** — Prof. A. Bussaca. — S. S. disse que a gonioscopia não tem contribuído, senão modestamente para a solução dos problemas relativos à patogênica e terapêutica do glaucoma. Mostrou, baseado na sua experiência do uso desse processo de exame, o comportamento do seio irido-corneano em diversas afecções oculares, ressaltando o seu valor na conduta médico-cirúrgica de diversas dessas afecções, sem contudo dar a importância apregoada por muitos na resolução do magno problema da patologia ocular que é o glaucoma.

## Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul

SESSAO DO DIA 26 DE JUNHO DE 1945

Presidente: Dr. F. Gabriel Giannoni

**Coagulação e hemostasia; a terapêutica das hemorragias pelos venenos ofídicos.** — Dr. Murilo de Azevedo — O autor expõe em linhas gerais o mecanismo da coagulação do sangue que, de acordo com a teoria clássica, atualmente aceita pela grande maioria dos pesquisadores, pode ser representada pelas seguintes equações:

$\text{Trombina} + \text{Fibrinogenio} = \text{Fibrina.}$

$\text{Protrombina} + \text{cálcio} + \text{tromboplastina} = \text{trombina.}$

Estuda a seguir cada um desses elementos em particular e o mecanismo de inteiração dos mesmos.

Demonstra como, de acordo com os conhecimentos mais recentes, deve-se considerar a Protrombina como um complexo formado de duas frações A e B unidas pelo cálcio. Esta nova concepção vem esclarecer certos pontos

que até há pouco careciam de explicação.

Passa a seguir ao estudo dos vários tipos de venenos ofídicos que de acôrdo com o seu mecanismo hemocoagulante podem ser classificados em:

1) Os que agem como tromboplastina, ativando a protrombina em trombina na presença do cálcio. Atuam sôbre sangue total ou plasma, apressando o fenômeno normal da coagulação. Entre êles figura o veneno da *Vipera russellii*.

2) Os que agem como um sistema cálcio-plaquetas, ativando a protrombina mesmo na ausência do ionte cálcio; sua atividade faz-se sentir sôbre sangue ou plasma descalcificados. Neste grupo encontramos os venenos da *Echis charinata* e *Notechis seutatus*.

3) Os que agem como trombina, transformando o fibrinogênio em fibrina mesmo na ausência de cálcio, de protrombina e de tromboplastina. Sua ação se manifesta portanto, mesmo sôbre soluto puro de fibrinogênio.

Entre estes se encontram os venenos do gênero *Bothrops* que o autor passa a descrever com mais detalhes.

Estuda a ação sôbre fibrinogênio e sôbre a protrombina em vivo e in vitro, do veneno in natura e do veneno a 60° C. por 15 minutos.

Termina apresentando resultados da aplicação clínica do veneno aquecido demonstrando o seu grande valor como hemocoagulante.

## Outras Sociedades

**Centro de Estudos de Oftalmologia**, sessão de 21 de agosto de 1945, ordem do dia: Fisiologia dos movimentos oculares. Visão binocular — Dr. W. Niemeyer; Heteroforias — Dr. J. Mendonça de Barros.

**Hospital do Juquery**, sessão de 1 de setembro de 1945, ordem do dia: Insuficiência aortica. Pneumonia caseosa. Mal epilético. Sífilis hepática. Hemi-parkinson. Disenteria amebiana — Drs. E. Guedes Casemiro, Oswaldo Guarianto, Jorge Cozzolino, Pedro Dantas.

**Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, sessão de 28 de agosto de 1945, ordem do dia: Orientação no tratamento dos ferimentos toraco-abdominais de guerra — Prof. Alípio Corrêa Neto.

104)

**Sociedade de Medicina de São Paulo, Colégio Brasileiro de Cirurgias e Sociedade Paulista de História da Medicina**, sessão de 10 de setembro de 1945, ordem do dia: Sergio Paiva Meira Filho — o anatomista e o cirurgião — Dr. Sebastião Hermeto Junior; Estudo do movimento em cirurgia — Prof. Eurico da Silva Bastos; Efeitos da Penicilina sôbre a regeneração dos nervos — Dr. Orlando Aidar.

**Sociedade de Nutrição e Endocrinologia**, sessão de 13 de setembro de 1945, ordem do dia: Fisiologia da Cortex Supre-Renal e Moléstia de Addison — Acad. Gabriel Russo.

**Sociedade de Oftalmologia**, sessão de 14 de setembro de 1945, ordem do dia: Um caso de fratura exposta do punho com esfacelo subcutâneo das massas musculares do ante-braço à distância — Dr. Renato da Costa Bonfim.



**Sociedade Paulista de História da Medicina**, sessão de 21 de agosto de 1945, ordem do dia: Histórico do embalsamamento — Dr. Arnaldo Amado Ferreira; Organização social e religiosa dos Índios Tucanos — Dr. E. Bioca.

**Sociedade de Oftalmologia**, sessão de 31 de agosto de 1945, ordem do dia: Adaptação da lâmpada de Comberg para o exame biomicroscópico da retina — Prof. Ciro de Rezende e Dr. João Carlos Celeste; Os quadros gonioscopicos depois da iridectomia — Prof. A. Bussaca; Estudos sobre as gonio-sinequias — Prof. A. Bussaca; Comentários — Prof. Ciro de Rezende e Dr. Waldemar Niemeyer; As alterações da retina

descolada estudada pela oftalmoscopia estereoscópica — Prof. A. Bussaca; Síndrome de Marcus-Gunn e Hemiplegia — Dr. Aureliano Fonseca; Comentários — Prof. Ciro de Rezende, Dr. Sílvio de Almeida Toledo.

**Sociedade Paulista de Leprologia**, sessão de 1 de setembro de 1945, ordem do dia: Organização do Serviço de Lepra nos Estados Unidos — Dr. Luis Marino Bechelli.

**Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul**, sessão de 21 de agosto, ordem do dia: Considerações gerais sobre o H.II — Dr. Gastão Rosenfeld.

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Departamento de Profilaxia da Lepra

**Novo diretor geral.** — O Sr. Interventor Federal, nomeou o Sr. Nelson de Sousa Campos para o cargo de Diretor Geral do Departamento de Profilaxia da Lepra. A escolha do Chefe do Executivo Estadual recaiu num profissional de reconhecido mérito, que há longos anos vem prestando sua colaboração aquele Departamento. Tal escolha, portanto, reafirma o descortino administrativo do Sr. Fernando Costa, por prenciar como de fato denuncia, um futuro de brilhantes realizações para aquele órgão técnico. O sr. Nelson de Sousa Campos foi nomeado para o Departamento de Profilaxia da Profilaxia da Lepra em 1928, como médico regional em Campinas, quando inspetor-chefe o Professor Aguiar Pupo. Transferido para São Paulo, no ano seguinte, passou a exercer as funções de médico do ambulatório da sede. Em 1932, foi nomeado Sub-Diretor do D. P. L., cargo que sempre ocupou conjuntamente com

o de médico de Secção de Elucidação de Diagnóstico. Diretor da "Revista Brasileira de Leprologia", socio honorario da Sociedade Paulista de Leprologia, membro da Associação Paulista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, socio correspondente da Sociedade de Dermatologia do Rio de Janeiro e da sua congénere de Buenos Aires, o novo Diretor Geral do D. P. L. tem vários trabalhos científicos publicados. Entre estes, merecem especial referência as monografias premiadas pelo Serviço Nacional da Lepra: "Diagnóstico clínico e laboratorial da Lepra", em colaboração com o Sr. Lauro Sousa Lima; "Epidemiologia e Profilaxia da Lepra", em colaboração com os Srs. A. Rotberg e L. M. Bechelli; "Lepra Neurosa — Estudo Clínico", em colaboração com o Sr. L. M. Bechelli. O Dr. Sousa Campos é ainda médico dos Preventórios para filhos de hansenianos, de São Paulo (Asilo Santa Terezinha) e de Jacaréi.

**Posse do Dr. Nelson de Sousa Campos.** — Perante numerosas pessoas, realizou-se no dia 8 de outubro, às 11 horas, a solenidade da posse do sr. Nelson de Sousa Campos no cargo de Diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado.

A cerimônia que foi presidida pelo prof. Jorge Americano, secretário interino da Educação, foi realizada na sede do Departamento de Profilaxia da Lepra, à Avenida Dr. Arnaldo, 925. Acharam-se presentes, entre outras pessoas, os srs. Francisco Salles Gomes Junior, diretor demissionário; prof. Aguiar Pupo, Enéas de Carvalho Aguiar, Luis Sales Gomes, Moacir Souza Lima, Lauro Sousa Lima, J. da Fonseca Biscudo Junior, Fernando Lechesen Alayon, Renato Pacheco Braga, J. Aranha Campos, Paulo Ruth de Sousa, Raul David do Vale, Sebastião Sampaio, Alcantara Madeira, Mendes de Castro, Flavio Mauricio, Edison da Costa Valente, Plínio Bittencourt Prado, Jor-

ge de Andrade, Argemiro Rodrigues de Sousa, Eurico Branco Ribeiro.

Abrindo a sessão o prof. Jorge Americano proferiu rápida oração salientando os méritos do novo diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra e agradecendo os serviços prestados pelo sr. Sales Gomes Junior à testa daquela entidade. Em seguida, deu posse ao sr. Nelson de Sousa Campos em seu novo cargo.

Saudando o novo Diretor do D. P. L., falou em nome dos funcionários, o sr. Marino Mechelli. Usou da palavra por último, o sr. Nelson Sousa Campos, que, depois de agradecer a sua indicação para o cargo, ressaltou a necessidade de contar com a colaboração de todos para poder levar à frente o programa que se traçou, afirmando que envidará os seus melhores esforços no sentido de proporcionar o bem-estar dos doentes internados nos diversos sanatórios do Estado.

## Associação Paulista de Combate ao Cancer

**Construção do Instituto de Cancer.** — Realizou-se no dia 9 de outubro no palácio dos Campos Eliseos, com a presença do Sr. Interventor Fernando Costa e do Sr. Jorge Americano, Secretário da Educação e Saúde Pública, a solenidade de assinatura da escritura de doação de um terreno feita pelo Governo do Estado à Associação Paulista de Combate ao Câncer, para construção do Instituto do Câncer, destinado à hospitalização de doentes, diagnósticos e pesquisas científicas.

Compareceram ao ato os Srs. Antonio Luis do Rego, vice-presidente da Associação Paulista de Combate ao Câncer; professores Angel Roffo, Elfonso Gandolfo e Bernardo Guilhe, diretores do Instituto do Câncer de Buenos Ai-

res, além dos Srs. Georges Ariá, Raul de Almeida Braga, Roxo Nobre, Durval Mafra, Celso de Azevedo Marques, Pedro P. F. Bueno e Messias Junqueira.

Após a assinatura da escritura de doação, o Dr. Georges Ariá pronunciou o seguinte discurso:

"Recebendo hoje, das mãos de V. Exa. Sr. Interventor Federal, uma área de terreno, a Associação Paulista de Combate ao Câncer vence mais uma etapa na longa estrada, pontilhada de dificuldades e erizada de obstáculos que vem palmilhando ha três lustros. Dando-nos hoje este terreno, o Governo de São Paulo materializa as nossas aspirações, demonstrando sua alta compreensão dos nossos problemas médicos sociais. Nessa gleba será eri-

gido, com a ajuda de Deus e a boa vontade dos homens, o futuro Instituto do Câncer de São Paulo. E' preciso, porém, que se enquadre a unidade funcional que é o Instituto, no ambiente social econômico de nosso país. O Instituto do Câncer não é apenas um Hospital. Mais; muito mais do que isso, é um centro de coordenação médico-social dos elementos dessa luta contra a morte. A ele estará afeto o controle e o levantamento estatístico dos cancerosos do Estado; a propaganda do maior agente dessa luta é o diagnóstico precoce; a formação de cursos de especialização para médicos, estudantes, enfermeiras, visitadoras, educadoras sociais; o seguro doença contra o câncer; a constituição do exército feminino, contra o câncer; a profilaxia por todos os meios conhecidos; a preservação dos doentes tratados; a pesquisa em grande escala, em seus laboratórios aproveitando-se o enorme material; a constituição de equipes cirúrgicas, clínicas e de fisioterapia. O Instituto não é pois um Departamento estanque, mas sim uma unidade movel, funcional, de controle, orientação e tratamento.

Recebendo das mãos do Sr. Interventor Federal a escritura de doação do terreno para a criação desse Instituto, a Associação Paulista de Combate ao Câncer promete, por todos os meios ao seu alcance, obter a construção do edificio-mater. E, agradecendo ao Sr. Interventor Federal e ao Governo de São Paulo, a generosa doação, torna público o agradecimento dos 10.000 cancerosos existentes no Estado, velhos e moços, homens e mulheres, ricos e pobres, dessa multidão de todas as raças, seitas, classes, que sofre e que vê no futuro Instituto do Câncer de São Paulo, uma esperança para o lenitivo de seus sofrimentos e para a emancipação dos homens, desse mal milenário e implacável.

Sr. Prof. Roffo: Vossa presença neste ato, é mais do que uma

simples homenagem pessoal; é o preito de admiração pelo grande lutador que sois, nessa batalha diuturna contra a morte. Sabemos que, assistindo este ato, vosso coração de amigo da humanidade pulsa de satisfação, pois mais um baluarte se cria contra as arremetidas do grande inimigo. Outro lutador não está presente, atualmente nos EE. UU., pioneiro entre nós e batalhador incansável o Prof. Antonio Prudente está contudo conosco, em espirito e coração, vendo o desenvolver da grande obra que aqui iniciou. A esses dois homens, as nossas respeitadas homenagens<sup>7</sup>.

Findas as palavras do orador, o Prof. Angel Roffo manifestou ao Sr. Interventor Federal a sua satisfação pela iniciativa que o Governo de São Paulo acabava de tomar no sentido de incrementar, através de novas e apreciáveis concessões, a campanha de combate ao terrível flagelo, estendendo-se em considerações acerca dos trabalhos realizados na República Argentina no terreno da profilaxia e tratamento do câncer.

Depois de ligeiras palavras pronunciadas pelo Sr. Celso Azevedo Marques, que enalteceu a campanha desenvolvida pelo Prof. Roffo contra o câncer, que tiveram ocasião de conhecer, falou o interventor Fernando Costa, dizendo inicialmente da satisfação com que São Paulo recebia a visita dos ilustres cientistas argentinos, no momento em que o Governo do Estado dava novo passo no terreno do combate à insidiosa enfermidade. Declarou S. Exa. a seguir, que o Governo auxiliará o Instituto do Câncer com todos os recursos de que venha a necessitar para o pleno cumprimento de seus objetivos.

**Instalação de um novo Instituto de Pesquisas.** — Como é do domínio público, vem a Associação Paulista de Combate ao Câncer realizando ha anos uma campanha no sentido de dotar o nosso

Estado de eficiente aparelhamento de luta contra os tumores malignos. Recentemente incorporada à Campanha Nacional contra o Câncer, por Decreto-lei do Presidente da República, cogita esta entidade de beneficência da instalação em nossa Capital, de um Instituto de Câncer, ponto inicial de assistência aos portadores de neoplasias, bem como centro de pesquisas para o melhor conhecimento do terrível mal. Fazendo parte da vasta rede anti-cancerosa de acordo com o plano de luta estabelecido para todo o país, a Associação Paulista de Combate ao Câncer chamará a si a orientação dessa Campanha para o Estado de S. Paulo, conforme o decreto já mencionado.

Aliando-se a tão benemérita cruzada, o Sr. José Martinelli, conhecido industrial residente na Capital da República, deu ontem uma bela demonstração de solidariedade e compreensão das altas finalidades dessa campanha, que visa livrar nosso país de um dos mais terríveis flagelos. Fazendo entrega à Associação Paulista de Combate ao Câncer, por intermédio do Presidente de seu Conselho Técnico, o Prof. Antonio Prudente, da importância de um milhão de cruzeiros, o Sr. José Martinelli

faz jús ao reconhecimento perene da gente paulista. A referida importância foi entregue de acordo com o plano da "Fundação Martinelli" para auxílio à luta anti-cancerosa no país, e cuja recente inauguração é do domínio público. O filantropico gesto do conhecido industrial permitirá a mais breve realização dos planos da A. P. C. C., entrando assim a luta contra o terrível frágil no campo das realizações práticas, atendendo a milhares de portadores de neoplasmas, que por vezes nem ao menos dispõem dos recursos necessários para a aquisição de tóxicos que lhes mitiguem as dores cruciantes. A hospitalização dos referidos doentes e o melhor conhecimento do câncer através de intensa campanha de vulgarização, são pontos do programa da Associação, além da instalação de um Instituto de Pesquisas.

E' necessário, contudo, para a consecução total de suas finalidades que a Associação Paulista de Combate ao Câncer conte com a colaboração do povo paulista; o gesto do Sr. José Martinelli será sem dúvida, imitado por esse povo que jamais negou seu auxílio para campanhas de tal vulto e de objetivos tão dignos de aplausos.

## IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**O Biceps**, VII, 35, setembro de 1945 — Plasma sanguíneo sintético, do assucar, importante descoberta de jovens cientistas suecos; Confeti — Jorge Armbrust Figueiredo.

**Boletim de Higiene Mental**, II, 14, outubro de 1945 — Psicologia normal e Patológica; Preconceitos relativos a doenças mentais — Dr. Tarcizo Leonce Pinheiro Cintra.

108)

**Arquivos de Dermatologia e Sifilografia de São Paulo**, IX, 2, junho de 1945 — Miomas cutâneos solitários — Dr. Clovis de Castro; Contribuição ao estudo do tratamento do vitiligo pelo hormônio melafóforo da hipofise intermédia (intermedina) — Prof. Karl Slotta e dr. José Ricardo Alves Guimarães.

**Publicações Médicas**, CLI, janeiro-fevereiro de 1945 — Taquicardia paroxística auricular com

bloqueio aurículo-ventricular — Dr. Quintiliano H. de Mesquita; Espiroquetoze brônquica — Dr. André de Albuquerque Filho; Uma pequena contribuição ao tratamento da coqueluche nas crianças — Dr. Telmo Snel; Novo aperfeiçoamento do Transfusor R. C. — Dr. Rui Bueno de Arruda Camargo; Sobre dois casos de pneumonia lobar e um de supuração tratados pela soluthiazamida — Dr. A. Jardim Silveira.

**Publicações Médicas**, CLIII, março-abril de 1945 — O benzoato de benzila no tratamento da sarna — Dr. J. de Alcântara Madeira; Luxação congênita do quadril — Responsabilidade médica — Dr. Carlos da Gama; Contribuição à exploração radiográfica do vértice da pirâmide pétrea — Dr. Itamil Benício dos Santos; Complicações de um ferimento banal — Dr. Américo Nogueira Bernacchi; Observação de um caso de blastomicose tratado com daganen — Dr. G. Campos Toledo.

**Resenha Clínico-Científica**, XIV) 9, setembro de 1945 — A energia dos núcleos atômicos — Gleb Wataghin; A libertação da energia

latente dos átomos — Luis Cintra do Prado; Alterações hepáticas, renais e cutâneas em relação a fatores desintoxicantes, lipotrópicos e lipocáicos — Carlo Foà; Física nuclear e Biologia.

**Revista Clínica de São Paulo**, XVII, 6, junho de 1945 — Trabalhos da equipe de malária dos Fundos Universitários de Pesquisas durante 1943-1944 — Dr. A. L. Ayroza Galvão.

**Sanitas**, I, 4-5, junho-julho de 1945 — Derivações précordiais múltiplas segundo a técnica de Pardee — Dr. Quintiliano H. de Mesquita; Fundamento da Associação de Sulfanilamida e Alanina para uso local — Dr. Ciro Camargo Nogueira; Generalidades Endocrinológicas — Dr. Carneiro Giffoni.

**São Paulo Médico**, XVIII, I, 6, junho de 1945 — Los andrógenos urinários al estado normal y patológico — Mário Schteingart e José P. Duret; Esclerodermia generalizada — Paratireoidectomia — Sebastião Hermeto Junior; Considerações em torno da criança e de nós mesmos — J. Augusto Rittes.

## LITERATURA MÉDICA

### Livros recebidos

**Tomografia pulmonar.** — Santiago Grezzi, Salvat Editores, Barcelona, 1944.

Éis um assunto de plena atualidade. Não só na pesquisa de lesões tuberculosas, como no cancer do pulmão, nos tumores das mais variadas origens desde os quistos congênitos até os quistos hidáticos, a tomografia pulmonar é capaz de fornecer dados de grande valor para o clínico. Neste volume, em que o A. apresenta uma síntese dos conhecimentos adquiridos em vários

anos de esforços dedicados ao aperfeiçoamento da técnica e da interpretação da tomografia pulmonar, a matéria está dividida em duas partes distintas, a primeira destinada à exposição dos problemas teóricos relacionados com a prática radiológica e a segunda destinada à crítica dos resultados colhidos em diversas afecções pulmonares. É um livro de utilidade para tisiatras, radiólogos e cirurgiões. O volume contém 97 páginas de texto, além de 77 gravuras impressas à parte.

**Polípos cervicais e afecções polipoides do colo do útero.** — Lício H. Dutra, Livraria Técnica Editora, São Paulo, 1945.

Esta excelente monografia, que focaliza um assunto de prática diária, mereceu o prêmio Honório Libero, de Ginecologia e Obstetricia da Associação Paulista de Medicina. Esse fato bem diz do valor do trabalho. É um estudo detalhado das formações polipoides e polipos do colo uterino, seja do ponto de vista anatomo-patológico. O trabalho é documentado em desenhos a cores e com microfotografias e encerra apreciável contribuição casuística. A monografia contém 64 páginas, com 32 figuras, em excelente apresentação tipográfica.

**Lecciones de Clínica Médica.** — Egidio S. Mazzei, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1945.

O prof. Mazzei é catedrático de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de La Plata e pertence à afamada escola clínica de Mariano Castex, tendo publicado já quasi uma duzia de monografias sobre assuntos médicos, algumas das quais laureada e publicadas na Europa. Reuniu ele agora, a pedido dos seus alunos, uma série de aulas proferidas em sua cátedra. Um conjunto de 21 preleções num total de quasi 350 paginas formam este livro, que encerra lições praticas de alto interesse para o clinico. Assuntos de patologia gastro-intestinal, biliaria, cardiaca e pulmonar são ventilados com grande clareza e orientação segura, sendo, assim, leitura de grande proveito. Além de 37 figuras no texto, o volume contém tres planchas a cores. A apresentação material é a mesma aprimorada que estamos habituados a ver nas edições de El Ateneo.

**Bronquiectasias.** — Mariano R. Castex e Egidio S. Mazzei, Salvat Editores, Barcelona, 1944.

Entre os trabalhos acima referidos do prof. Mazzei conta-se este, 112)

publicado em colaboração com o prof. Mariano Castex, ambos especialmente convidados pela conhecida Editora Salvat para enriquecerem a sua coleção de Manuais de Medicina Prática com uma monografia sobre bronquiectasias. Afecções dos mais frequentes em patologia pulmonar, haviam de merecer um volume especial desta magnífica coleção que tanto sucesso tem merecido, forçando os editores a já apresentarem novas edições de vários dos volumes publicados. Num total de 78 páginas acrescidos de planchas em couché para a inclusão de 19 radiografias originais os conceituados professores argentinos fazem um apanhado geral dos nossos conhecimentos sobre as bronquiectasias, dedicando especial atenção para a prevenção e tratamento da moléstia.

**Medicina Dinâmica.** — Pedro Ramos Baez, Saone & Fernández (Compostela, 661), Habana, 1944.

Diretor do Balneário de São Miguel, na provincia cubana de Matanzas, e o mais afamado do pais, o A. apresenta um interessante livro, em que começa por estudar os horizontes filosóficos da Medicina, para chegar aos fenômenos fisico-biológicos evidenciados pela ação das aguas medicamentosas naturais e então definir o que chama "Medicina dinâmica" — a ciencia que pretende captar o fenômeno mórbido em seu desenvolvimento dinâmico e em suas variadas manifestações reacionais, isto é: uma doutrina que, abandonando os esquemas fixos que a Medicina concebeu sobre as localizações da moléstia, se preocupa dos processos dinâmicos da fisiologia e da patologia. Conceitos novos e interessantes são expostos em todo o desenvolvimento da obra, cuja leitura constitui, assim, um motivo constante para meditações e critica. O volume contém mais de 250 páginas com esquemas e ilustrações. O prefácio é



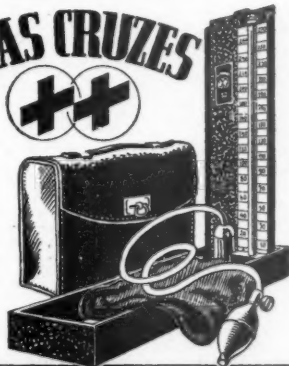
subscrito pelo prof. W. H. Hoffmann, diretor do Instituto Finlay e cujos trabalhos sobre febre amarela são universalmente conhecidos.

**Las Ascites.** — Raul Piaggio Blanco, Carlos Sayagues Laso e Federico Garcia Capurro, Salvat Editores, Barcelona, 1944.

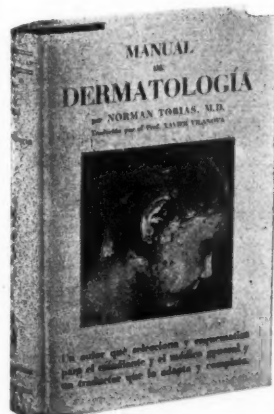
Os tres conhecidos cientistas uruguaioes colaboraram na confecção desta excelente monografia, que faz parte da coleção dos Manuais de Medicina Prática de Salvat. Num alentado volume de mais de 200 páginas, com 25 figuras originaes, os A. A. estudam os conceitos gerais e a fisiopatologia da ascite, descrevendo a seguir a sua sintomatologia e o diagnóstico diferencial, para depois discorrerem sobre as várias causas da síndrome. Noções recentes que dão atualidade ao tema foram analisadas com elevado critério, o que torna de real interesse a leitura do livro.

## UM APARELHO PARA PRESSÃO ARTERIAL

### DUAS CRUZES



**ASCLEPIO MIRA LTDA.**  
RUA SÃO BENTO 200-2º AND



## MANUAL DE DERMATOLOGIA

por

**DR. NORMAN TOBIAS**

O autor ao escrever este Manual que apresentamos aos leitores da lingua espanhola, esforçou-se em reunir sob uma forma esquemática os característicos mais notáveis das mais variadas dermatoses, tentando gravar em poucas palavras fatos e dados que, por fundamentais, constituem os alicerces em que mais tarde o dermatólogo deverá construir o edificio de sua especialização, e que para o medico não especializado no ramo servirão de guias fieis para o diagnóstico e terapêutica de seus doentes da pele.

O livro em apreço, constitui um volume de 611 páginas, profusamente ilustrado e se encontra à venda nas principais livrarias do país.

**SALVAT EDITORES, S. A.** —

Distribuidor: **ANTONIO MUÑOZ**  
Lavallo, 371 Buenos Aires

*Não diga* uma colher, mas diga  
uma colherada de

# Philergon

às refeições e terá empregado  
um fortificante de paladar  
agradável, um fortificante  
que *fortifica de fato*

